

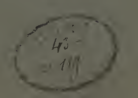
TITRES ET ÉTUDES SOCIOLOGIQUES ET SCIENTIFIQUES

DU

Dr F. JAYLE



1937

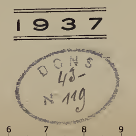


TITRES ET ÉTUDES SOCIOLOGIQUES ET SCIENTIFIQUES

DU

Dr F. JAYLE

1937



TITRES

TITRES SCIENTIFIQUES

1888-1889. — Externat des Hôpitaux.
1890-1895. — Internat des Hôpitaux.
1894-1919. — 25 ans de service à l'Hôpital Broca en qualité d'Interne, d'Assistant de Consultation, de Chef de Clinique, d'Assistant.
1896. — Aide d'Anatomie bénévole à l'Amphithéâtre des Hôpitaux.
1897. — Secrétaire général à Moscou de la section française du Congrès international de médecine.
1901-1937. — Membre de l'Association française de Chirurgie.
1902. — Vice-Président de la Société Anatomique.
1903. — Rapporteur au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique à Madrid.
1904-1914. — Secrétaire général fondateur de la Société de l'Internat.
1910. — Secrétaire général de la Section française du Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie, à Saint-Pétersbourg.
1931. — Président-Fondateur de la Société française de Gynécologie.

Lauréat de l'Académie de Médecine :

Prix Chevillon : récompense, 1895 (omise *in Bull. Ac.*).
Prix Godard : mention honorable, 1895.
Prix Adrien-Buisson : encouragement, 1.000 francs, 1898.
Prix Adrien-Buisson : 1901.
Prix Huguier : 1907.

Lauréat de la Faculté de Médecine : Thèse, médaille d'argent : 1895. Prix Barbier : 1901.

Lauréat de la Société de Chirurgie : Prix Laborie : 1895.

Lauréat de la Société de Médecine de Paris : 1895.

TITRES SOCIOLOGIQUES

Sociologie et intérêts professionnels

Rapporteur aux 1[er] et 2[e] *Congrès des Praticiens* : Paris, 1907 ; Lille, 1908.

Membre de la *Commission extraparlementaire de la Dépopulation*, 1912.

Syndicat des Médecins de la Seine : Membre du Syndicat depuis 1897 ; Vice-Président, 1920 ; Secrétaire Général, 1921-1926 ; Président, 1927 ; Membre du Conseil de Famille, 1921-1935 ; Président, 1935-1937 ; Président de la Commission de Naturalisation, 1936.

Union et Confédération des Syndicats médicaux français : Membre du Conseil d'Administration et Trésorier de l'Union des Syndicats médicaux de France, 1925-1929 ; Secrétaire de la Commission pour la fusion de l'Union et de la Fédération des Syndicats médicaux français après la scission, 1929 ; Administrateur délégué de la Société Immobilière de l'Hôtel Chambon (Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français), 1929-1937.

Journalisme :

La Presse Médicale : Secrétaire depuis sa fondation, en 1893 ; Membre de la Direction Scientifique depuis janvier 1899.

Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale : Secrétaire général fondateur, 1896-1917.

Bulletin de la Société de l'Internat : Secrétaire, 1904-1914.

Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique dirigée par le docteur Pierra : Membre du Comité, 1919-1936.

Bulletin du S. M. S. : Secrétaire, 1921-1927.

MÉDECINE SOCIALE ET MÉDECINE SCIENTIFIQUE

La médecine doit être envisagée des deux points de vue social et scientifique, d'où les expressions de médecine sociale et de médecine scientifique.

La *médecine scientifique* offre une telle attirance qu'elle est la plus cultivée et j'y ai apporté ma modeste contribution.

La *médecine sociale*, dont l'importance va croissant avec l'augmentation de la population humaine, le développement des grandes villes, les besoins de plus en plus progressifs de l'industrie en main-d'œuvre, mérite, du point de vue pratique, de tenir un rang égal à celui de la médecine scientifique. Très imbu de la nécessité de son étude et de son enseignement, dans un livre didactique paru il y a bientôt vingt ans et qui consignait les idées que je soutenais dès avant le début de ce siècle, j'écrivais, à propos de la Gynécologie, ce passage dont la portée générale ne saurait échapper.

Ce n'est pas par le perfectionnement des méthodes opératoires ni par la connaissance de plus en plus approfondie de la physiothérapie ou de la pharmaco-dynamique que s'obtiendra l'amélioration de la santé de la femme, considérée du point de vue gynécologique. Les conditions de la vie moderne sont le facteur le plus important du développement des affections de l'appareil génital féminin. Étudier ces conditions, dégager toutes les causes sociales d'influence pernicieuse sur le système ovario-utérin, chercher et trouver les moyens de parer à la dégénérescence, chaque jour plus fréquente, de la glande ovarienne, tel est le but élevé que doit se proposer d'atteindre le gynécologue.

Sans doute, il ne lui appartient pas de rédiger les lois protectrices de la santé de la femme, mais il lui revient de contribuer à en faire apparaître la nécessité et de les soutenir quand elles sont promulguées.

Le gynécologue, orienté vers la Sociologie, saura voir dans maintes maladies le résultat d'une institution sociale vicieuse, et il aspirera à l'établissement d'une prophylaxie d'ordre législatif autrement efficace que celle obtenue par l'application des préceptes médicaux.

Même des cas individuels réclament cette mentalité particulière que je voudrais voir chez tout gynécologue. Le diagnostic d'un début de grossesse

chez une jeune fille apeurée comporte d'autres recommandations que celles que prescrit la thérapeutique ; il importe de sauver une vie qui commence et souvent de parer à un coup de désespoir de la mère. L'entreprise d'une intervention grave chez une mère de famille entraîne à des considérations qui ne relèvent ni de la médecine, ni de la chirurgie ; un traitement palliatif imparfait, mais sans aléa, considéré du point de vue familial, pourra être préféré avec raison à un traitement curatif, mais dangereux.

Le résultat éloigné d'une opération mutilante chez une jeune femme doit s'entrevoir par le côté matrimonial ; la réussite de la chirurgie n'est en effet complète que si l'organisme ne se sent diminué en aucune de ses fonctions.

Ainsi envisagé du point de vue social, familial ou matrimonial, maint problème gynécologique comporte une solution parfois différente de celle que dicterait la thérapeutique pure, mais plus juste parce que plus adéquate à l'intérêt vital. (*La Gynécologie*, T. I, p. 19, Paris, 1918. — La feuille 2, dans laquelle se trouve le passage, avait été tirée en juillet 1914.)

La médecine sociale nécessite l'intervention de l'Etat sous la direction du Corps Médical. C'est en me plaçant à ce point de vue que j'ai soutenu, l'an dernier et cette année, la nécessité absolue d'obtenir des Pouvoirs Publics un *budget important* à mettre à la disposition de nos savants, pour *l'étude de la vaccination antisyphilitique* qui paraît bien être le meilleur moyen d'annihiler les effets si funestes de cette terrible infection, et que j'ai proposé en juillet dernier, à l'Académie de Médecine, d'exiger un *examen complet de santé*, basé sur toutes les recherches de laboratoire à notre disposition, *des candidats à la naturalisation et de tous les membres de leur famille*, proposition que vient d'approuver la Commission nommée pour son étude.

Depuis mon internat, j'ai doublé l'étude des questions scientifiques, de celle des questions sociologiques tant à l'étranger, où de bonne heure j'ai fait de nombreux voyages, qu'en France où je me suis efforcé de mon mieux de soutenir la cause des familles nombreuses, la protection des enfants sains, le perfectionnement des œuvres de santé publique, et, dans le cadre spécial de la Médecine, de m'occuper des intérêts professionnels, en me plaçant toujours du point de vue social.

L'hygiène, si importante du point de vue social, m'a constamment attiré ; c'est ainsi que j'ai été amené à publier de nombreux articles documentés sur les hôpitaux de Berlin, de Moscou, de Saint-Pétersbourg et sur tous les nouveaux hôpitaux élevés à Paris de 1897 à 1913 et à préconiser le retour au chauffage romain par le sol.

Le journalisme était un moyen de soutenir et divulguer mes idées ; j'ai eu l'heureuse occasion, grâce à mon maître Letulle, d'y entrer en 1893.

L'histoire de la Médecine, qui permet si souvent d'établir des rapports utiles à connaître entre l'état social et hygiénique des populations à travers les âges, leurs maladies, le succès ou l'insuccès des thérapeutiques appliquées, m'a souvent entraîné à de longues recherches qui m'ont amené à l'étude de points historiques bien limités.

Ce court exposé comprendra donc :

1° *Les études sociologiques :*

Défense des familles nombreuses.
Défense de l'enfant sain.
Institutions de santé publique :
- Hôpitaux étrangers et parisiens.
- Budget d'étude pour la vaccination antisyphilitique.
- Certificat de santé pour la naturalisation.
- Chauffage par le sol.

Intérêts professionnels généraux. Défense de l'Internat.
Voyages et Propagande à l'étranger.
Journalisme.

2° *Les études historiques médicales.*

3° *Les études scientifiques :*

Anatomie. Anatomie pathologique. Bactériologie.
Chirurgie générale.
Gynécologie :
- Opothérapie ovarienne. Insuffisance ovarienne.
- Chirurgie conservatrice. Chirurgie esthétique.
- Amputation du col.
- Chirurgie de guerre.

Position scapulo-déclive. Instrumentation.
Parthénologie.
Physiothérapie.

4° *Les livres.*

ÉTUDES SOCIOLOGIQUES

I. — LA DÉFENSE DES FAMILLES NOMBREUSES

Au début de ce siècle, non seulement les familles nombreuses n'étaient pas protégées, mais elles étaient accablées de charges : impôts indirects d'autant plus lourds que le nombre des enfants était plus grand, loyer et cote mobilière élevés dans la même proportion ; en plus, augmentation des charges de l'armée, proportionnellement au nombre des enfants. L'étude démographique de la France que j'entrepris alors me démontra que nombre d'esprits éclairés ne cessaient, depuis longtemps, d'attirer l'attention des Pouvoirs publics sur l'importance et la gravité de la diminution de la natalité en France.

Les lois fiscales ne tenaient aucun compte de la famille et, dans son projet de l'Impôt sur le revenu paru dans le *Journal Officiel* du 17 février 1907, M. Caillaux indiquait nettement que *le principe de l'établissement de cet impôt est exclusivement basé sur l'individu.*

On doit considérer qu'une nation est une association d'individus où chacun est tenu de faire un effort égal pour le bien commun ; il faut donc calculer l'égalité d'efforts et fonder sur cette égalité un système d'impôt. Ce système aura la progression pour base, car celui-ci fait un effort plus grand quand il abandonne le 1/10 de son revenu, s'il est pauvre, que celui-là quand il abandonnera le 1/5 de son revenu, s'il est riche.

Le système était donc uniquement basé sur la fortune : des charges de famille, il n'en était pas question, si bien qu'un célibataire ayant un traite-

ment de 2.500 fr.-or était exempt d'impôt, alors qu'un père de famille ayant 2, 3 ou 4 enfants et gagnant, pour nourrir sa famille, 3 à 4.000 fr. était imposé.

Des idées philosophiques fausses étaient couramment répandues : la diminution des naissances était tenue pour une marque de civilisation et les chefs de famille très nombreuse étaient quasi tournés en dérision. Des journaux soutenaient la dénatalité, même dans les buts de révolution sociale.

Dans la *Génération consciente*, du 15 septembre 1908, sous ce titre : « Que pense le citoyen Jaurès ? », il est rapporté cette phrase de ce socialiste :

«... Oui, ceux-là sont à plaindre, que la faim, l'angoisse de l'avenir, la peur du renvoi meurtrier, les instances de la femme qui voit souffrir les enfants induisent à déserter la lutte avant l'heure marquée par la volonté commune ».

Et le rédacteur d'ajouter : puisque la famille nombreuse est un obstacle à l'endurance de l'ouvrier en grève, que pense le citoyen Jaurès de la limitation des naissances, en tant que moyen révolutionnaire, comme force d'appoint ?

Nous ne pouvons croire qu'il la juge mauvaise. Et s'il la trouve bonne, il serait de simple honnêteté de le dire.

La propagande en faveur de l'hyponatalité et même de l'improductivité était d'ailleurs facile et, dans le même numéro de la *Génération consciente*, était citée une liste de 100 personnalités n'ayant au total que 125 enfants et une enquête, rapportée par *l'Illustration*, faite en 1905, établissant que 100 employés de ministères n'avaient que 121 enfants, d'où la conclusion que le remède à la dépopulation ne paraît pas être dans l'extension des fonctions de l'Etat et la multiplication du fonctionnarisme. « Tu parles ! », ajoutait le rédacteur de la feuille anti-familiale.

Ce n'est que le 16 juin 1910 que paraît au Sénat une proposition de loi tendant à combattre la dépopulation par des mesures propres à relever la natalité, signée de 22 sénateurs à la tête desquels se trouvait un médecin, M. le Professeur Lannelongue, auquel j'avais envoyé, ainsi qu'à beaucoup d'autres, mon rapport sur le projet de l'impôt sur le revenu de 1908.

Tel était donc l'état de la question lorsque je commençai ma campagne.

Congrès des Praticiens de 1908. — Le premier exposé public de mes idées fut mon *rapport sur l'Impôt sur le Revenu* au 2ᵉ Congrès des Praticiens qui se tint à Lille en 1908, mais il n'était que l'aboutissant d'études préalables de démographie européenne, de mes nombreux voyages à l'étranger et des remarques que j'en avais consignées depuis 1892, de réunions privées au cours

desquelles je recueillais les objections, d'ailleurs nombreuses, aux mesures fiscales que j'entrevoyais d'une part et à la proportionnalité que j'aurais voulu voir établir entre les productifs et les improductifs dans l'accession au gouvernement et dans toutes les carrières d'Etat.

Mon rapport sur l'impôt sur le revenu, présenté au Congrès des Praticiens en 1908, comprend 55 pages donnant un aperçu historique sur la « taille » reparaissant sous un nouveau nom, l'examen du projet de loi considéré en particulier du point de vue médical, avec un chapitre sur *l'oubli des charges de famille* et une série de documents portant sur les conditions de cet impôt en Angleterre, en Prusse, en Saxe, en Alsace-Lorraine, en Suisse.

J'avais été frappé par deux faits : le premier, c'est que les charges de famille étaient complètement omises par les auteurs du projet. L'improductif et le chef d'une famille de huit enfants payaient le même impôt. Tel était le projet primitif, et il était si peu amendé que le premier restait privilégié.

Le second est qu'un homme et une femme vivant ensemble, non mariés, et disposant chacun de 2.500 francs de revenu, par exemple, ne payaient rien ; mariés et disposant d'un revenu global de 5.000 francs, ils payaient l'impôt.

Aucune disposition n'avait été prise en vue de favoriser les *assurances sur les maladies ou sur la vie*, assurances évidemment prises en faveur de ceux qu'on laisse après soi.

Je cherchai la raison de ces faits qui surprenaient beaucoup mon esprit médical et je crus l'avoir trouvée : le Ministre, auteur de la loi, n'avait pas d'enfant, le président de la Commission pas davantage et le rapporteur non plus. Les trois hommes qui représentaient en quelque sorte le trépied de la loi n'étaient pas des chefs de famille ; involontairement, mais fatalement, ils n'avaient pas compris les obligations morales et matérielles de ces derniers.

Dans un autre passage, je disais en effet : *On n'a pas la mentalité que l'on veut ; on pense d'après les conditions du milieu dans lequel on se trouve.*

Conférence à la Société de l'Internat (1910) — A partir de 1908, j'organisai de temps en temps des réunions privées, au cours desquelles j'exposai mes idées ; j'accumulai des documents démographiques ayant trait aux principaux pays d'Europe et à la France. J'arrivai ainsi à établir, sur des faits exacts, un plaidoyer en faveur des familles nombreuses et à trouver une formule très simple permettant la suppression de la majoration fiscale incombant aux chefs de famille par l'égalisation des charges financières de tous les Français à partir de 35 ans.

Tous ces éléments réunis, je fis, le 27 octobre 1910, à la Société de l'In-

ternat, une conférence à laquelle j'eus soin de convier non seulement les membres de la Société, mais aussi des hommes politiques et le grand public.

Après un exposé de la situation démographique des principaux pays d'Europe, j'essayai de montrer que les causes principales de la dépopulation en France étaient au nombre de trois : 1° La protection continue de tous les sujets atteints d'une tare physique et l'indifférence systématique envers les sujets sains : 2° Les privilèges fiscaux dont jouissent les célibataires, les ménages sans enfants : 3° La mortalité et la morbidité des enfants pauvres.

Le fond de la conférence fut évidemment l'attaque de l'avantage fiscal des improductifs, le principe posé que *chacun a la liberté d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants,* d'être célibataire ou marié, ajoutant que *la stérilité n'est pas toujours volontaire* et j'ai même dit peu après que, pour des raisons pathologiques, *des ménages ne doivent pas avoir d'enfants.* Ce principe admis, il n'en reste pas moins vrai que l'improductif ne paie pas les impôts indirects et directs qui sont le lot du chef de famille nombreuse.

Une des conséquences particulièrement fâcheuses de cet avantage est que, dans la lutte pour la vie, la meilleure position reste à l'improductif, qui a moins de soucis et moins de charges. Un premier résultat est qu'il est favorisé et un second est qu'il n'envisage pas toujours spontanément les questions sociales et politiques comme il le ferait fatalement s'il était chef d'une nombreuse famille. Et je citai l'exemple du projet en discussion de l'impôt sur le revenu que j'avais étudié au Congrès des Praticiens en 1908 : les principaux auteurs de la loi, n'ayant pas d'enfants, avaient, tout naturellement et sans la moindre pensée adverse, omis les charges de famille parce qu'ils ne les avaient pas. L'oubli était fatal et non voulu : tout est objectif.

Le délaissement absolu des familles nombreuses à cette époque était la règle et je citai au cours de ma conférence le cas suivant :

Une femme, ayant eu dix-sept enfants et en ayant encore huit à sa charge, n'avait pu trouver à se loger ; elle loue un terrain le long du cimetière d'Asnières et y aménage quatre pièces dans un hangar ; mais elle a oublié de demander l'autorisation et elle est condamnée à une amende de 16 francs (104 francs actuels). Je fis une collecte qui rapporta 80 francs (520 francs actuels).

Pour établir l'égalité sociale entre les chefs de famille et les autres, je proposai l'adoption des deux principes suivants :

1° *Tout Français doit assurer, entre* 35 *et* 60 *ans,* l'élèvement (1) *jusqu'à* 15 *ans de trois enfants, ou payer une somme correspondant à celle que coûteraient ces trois enfants dans la classe sociale à laquelle il appartient. Seront*

(1) Pour supprimer l'inélégance du mot courant *élevage,* l'Alliance Nationale contre la dépopulation a demandé à ses membres une autre dénomination. J'ai proposé *élèvement,* parfois employé au XVIe siècle, qui a été définitivement accepté.

seuls exemptés ceux qui ont d'autres charges de famille, des enfants adoptifs, un revenu de travail insuffisant.

C'est l'établissement d'un impôt spécial, payé en nature ou en argent, par tous les citoyens, et auquel je donnai d'abord le nom d'*impôt du sang transmis*, puis celui d'*impôt de génération*.

2° *Les célibataires et les ménages sans enfants n'ont droit, dans les fonctions publiques rétribuées, qu'à une quantité de places proportionnelle à leur nombre dans la société.*

Ce second principe a un double but : tenir compte de la valeur sociale, tant du point de vue économique que militaire, des chefs de famille, imposer d'une façon absolue, tant dans les administrations publiques que dans les Conseils du Gouvernement, l'audition des chefs de famille dont les besoins sociaux sont différents de ceux qui n'ont pas d'enfants.

Les *conclusions* étaient :

1° Reviser toutes les institutions établies en faveur des idiots, des aliénés, des tuberculeux, des dystrophiques, des vieillards, et ne conserver que les nécessaires. Instituer la *protection des enfants sains et des adultes sains* ;

2° Etablir l'égalité sociale entre tous les citoyens par l'institution de l'*impôt du sang transmis* et une proportionnalité, dans les fonctions publiques rétribuées, entre les chefs de famille et les autres conformément à leur nombre respectif.

3° Donner aux familles pauvres, en particulier à celles ayant eu trois enfants, des sommes importantes d'argent. Le montant de ces sommes sera d'autant plus élevé que les enfants seront dans un meilleur état de santé. L'argent nécessaire sera fourni par les riches sans famille.

Conférence au Lycéum-Club en 1911. — Le succès extra-médical de ma conférence à la Société de l'Internat me valut d'en faire une seconde au Lycéum-Club six mois plus tard, en mars 1911, Mme la duchesse d'Uzès, présidente de l'œuvre, me demanda d'inaugurer les Conférences scientifiques qui devaient désormais avoir lieu dans ce grand Centre féminin par une conférence sur la Natalité. A cette conférence assista un très nombreux public, comprenant des hommes politiques, dont un est devenu un des membres les plus influents de l'Alliance Nationale pour le développement de la population française. Dans l'ensemble, le sujet fut traité de la même manière qu'à la Société de l'Internat, la dénomination d'*impôt de la génération* ayant remplacé celle d'*impôt du sang transmis.*

La conférence de la Société de l'Internat et celle du Lycéum-Club furent imprimées en un grand nombre d'exemplaires et largement diffusées.

L'Impôt de Génération dans la Grande Presse. — Ma propagande extra-médicale m'a valu l'attention de la grande presse.

Je signale en particulier un article de l'*Action* du 29 mars 1911, dans lequel M. Marcel Géraud écrit : « M. Jayle cherche à remuer l'opinion et à répandre ses idées. Ses idées sont hardies, certes, et les mesures qui les réaliseraient seraient probablement combattues par les dénommés « improductifs », mais il suffit de quelques chiffres pour montrer qu'au point où nous en sommes, il est besoin de remèdes violents. » Et le journaliste de continuer à développer tous les arguments donnés à ma conférence de la Société de l'Internat.

De cet article, j'en rapprocherai un autre écrit dans la *Victoire* le 11 juillet 1917, à propos de ma Communication à l'Académie de Médecine, par M. H. Luc, et qui faisait suite en quelque sorte à un précédent paru en 1914. J'en détache cette phrase : « Depuis plus de dix ans, le docteur Jayle poursuit inlassablement sa courageuse campagne contre la dépopulation française. »

Historique des Lois romaines. — En 1911, je publiais dans la *Gazette des Hôpitaux* un article intitulé : *La population et la puissance des lois, l'impôt de génération,* dans lequel je faisais l'historique des lois romaines après avoir fait allusion aux édits de Louis XIV, qui n'ont d'ailleurs laissé aucune trace. (*Gazette des Hôpitaux,* 25 avril 1911.)

Commission extraparlementaire de la dépopulation, instituée par le décret du 5 novembre 1912. — La campagne que je soutenais me fit nommer membre de cette Commission, qui se réunit le 7 décembre 1912, et comprenait 310 membres, divisés en quatre sous-commissions : financière, administrative et judiciaire, militaire, sociale.

Je m'inscrivis à la sous-commission financière qui comptait 81 membres et fut présidée magistralement par M. Caillaux. J'estimai que, pour la protection de la famille, il fallait avant tout prendre des mesures d'ordre économique, soit des mesures financières. J'y fus d'ailleurs le seul médecin, avec M. Bertillon, fonctionnaire attaché au Comité de la Statistique de la Préfecture. Tous mes autres collègues, au nombre de 36, allèrent à la Commission sociale.

La Commission siégea deux mois. J'ai gardé le souvenir d'un manque total d'enthousiasme. L'idée supérieure de la défense de la natalité elle-même, sans tenir compte de la situation de fortune, céda finalement le pas à l'idée de l'allocation pour les familles pauvres. Je ne pus faire admettre que toute femme

avait droit à la prime à la natalité, ne serait-ce que du fait que toutes les statistiques établissent l'existence d'une mortalité puerpérale, et je ne réussis pas davantage à faire établir le principe de l'allocation générale pour les enfants. Il est dommage que la liste, qui fut publiée, des membres de la Commission n'ait pas été suivie de celle du nombre de leurs enfants. Mais de bons résultats furent obtenus.

Les propositions faites au Parlement en faveur de l'allocation de primes ou indemnités en faveur des familles nombreuses ne comportaient jamais que de maigres secours. La proposition Richard en donne une idée : impôt annuel de 100 francs-or aux improductifs, impôt diminuant de 20 francs par enfant et s'annihilant à cinq enfants ; à partir du 6[e] enfant, le chef de famille touchait 20 francs par an jusqu'au 10[e], où il recevait 100 francs, chiffre maximum ! La meilleure était celle de Messimy (1912), instituant une allocation de 500 francs-or pour le 4[e] enfant né vivant, la dépense étant couverte par un impôt sur les célibataires et les familles stériles ou n'ayant qu'un enfant.

D'autres propositions avaient trait à la création de caisses d'assurance sociale pour la distribution d'allocations mensuelles aux familles nombreuses et quelques-unes au développement des institutions sociales en faveur de l'enfance.

J'ai constamment soutenu que les habitants des campagnes, dont on ne parlait guère, devaient être protégés aussi bien que les habitants des villes, et qu'*il ne suffit pas de considérer seulement le nombre,* mais qu'il est nécessaire aussi de *tenir compte de la valeur des individus,* pour apprécier le facteur « force de la nation », d'où la nécessité de suivre dans leur développement les enfants, futurs citoyens. (Séance du 7 décembre.)

La prime doit être donnée au chef de famille, et je rejetai toutes les propositions tendant uniquement à la constitution de Caisses favorisant des institutions d'enfants ou prévoyant des distributions de secours imprécis.

M. Alglave, Professeur à la Faculté de Droit, pourtant favorable à une action en faveur de la natalité, m'a objecté que je tombais dans le communisme. Ce mot, avec lequel on peut ruiner un projet, je le repris pour dire que « c'est actuellement qu'on fait du communisme, en faisant payer aux enfants, par l'intermédiaire des parents, des impôts dont profitent tous les adultes et en prenant au chef de famille tous ses enfants mâles pour constituer l'armée qui défend tout le monde » (le compte rendu officiel a supprimé cette altercation).

A propos de la loi de succession, je protestai contre l'idée de proportion-

ner systématiquement le droit de succession, dans l'héritage direct, au nombre des enfants au moment de l'héritage et j'ai cité deux exemples montrant l'un son danger et l'autre son injustice criante : le fils unique d'un petit cultivateur pourra se trouver endetté et se gardera bien de constituer une nouvelle famille ; un chef de famille, pour des raisons parfois médicales, peut n'avoir qu'un enfant, et cet enfant, marié et chef d'une famille de six enfants, paiera les mêmes lourds droits de succession que s'il n'en avait aucun.

J'ai soutenu le *principe de la proportionnalité des traitements, de l'avancement et des retraites d'après le nombre des enfants.*

Une vive attaque contre la valeur de toute mesure prise en faveur de la natalité fut déclanchée par M. Neymarck, publiciste, qui, se basant sur les études de Rossi et de Levasseur, affirmait que les lois romaines n'avaient été suivies d'aucun effet (1). MM. Messimy et Bertillon protestèrent contre cette interprétation, mais M. le Président Caillaux estima finalement l'inutilité de ces lois.

Ayant fait une étude attentive des diverses lois romaines en faveur de la natalité et ayant recherché les causes, d'ordre philosophique, de leur disparition, je fis une réplique assez documentée et qui dut paraître intéressante, étant donné la large place qui lui a été faite dans le compte rendu abrégé officiel. A la fin de la séance, le Président me tendit la main : « J'aime des hommes comme vous. — Mais nous ne sommes pas d'accord, Monsieur le Président. — Continuez, vous réussirez. »

Voici le texte du compte rendu de mon intervention à la suite de laquelle le Président fit procéder au vote. Le principe des allocations ne fut pas adopté à l'unanimité, mais à une grande majorité, et seulement en faveur des familles nombreuses et nécessiteuses, la Commission regimbant contre la protection

---

(1) M. Neymark a donné les conclusions d'une commission extraparlementaire réunie en 1902, dont faisaient partie MM. les docteurs Richet, Pinard, Bertillon et lui-même, qui auraient admis que les primes n'auraient aucun effet au point de vue de l'augmentation de la natalité. *La première cause de la dépopulation est le développement de la civilisation et des progrès d'un pays* et six autres causes suivent. Je serais bien surpris que MM. Richet et Pinard, qui ont tant lutté contre la dénatalité, aient voté contre les allocations familiales. M. Neymark termine en disant que les partisans des primes « ont tort de croire que l'Etat a une caisse inépuisable ». M. Neymark, dont il eût été intéressant de connaître le nombre d'enfants, traduisait bien la mentalité de la grande majorité des hommes politiques et des publicistes de son époque, qui n'a nullement disparu d'ailleurs, et ne situait pas la question sur son vrai plan.

systématique de la natalité et s'en tenant uniquement aux secours accordés aux nécessiteux :

M. le docteur Jayle tient à protester contre cette affirmation que le législateur ne peut rien pour relever la natalité et que les lois romaines, en particulier, n'ont abouti à aucun résultat.

L'idée de protéger la famille se retrouve dans la société romaine dès l'an 403 avant J.-C. A cette date, les censeurs établirent une taxe conjugale, valable pour un lustre comme toute décision de censeur. En 217, on admet dans les légions romaines les affranchis qui ont des enfants. En 131, le consul Metellus le Macédonique exhorte les citoyens à se marier. En 59, Jules César favorise les pères de famille de trois enfants. En l'an 4 après J.-C., est promulguée la loi Julia. En l'an 9, paraît la loi Pappia Poppœa et peu après est établi le *Jus trium liberorum*. En l'an 14 après J.-C., un recensement, connu d'après l'inscription d'Ancyre et déjà signalé par M. Bertillon, établit que la population a augmenté en sept ans de 8 % par an. En 320 après J.-C., un édit de Constantin abolit la loi Julia et la loi Poppœa. Enfin, en 528, Justinien abolit le *Jus*.

Si l'on tient compte des deux dates extrêmes qui viennent d'être mentionnées — 403 avant J.-C. et 528 après J.-C., — on trouve une période de neuf siècles au cours desquels la famille dut être protégée efficacement par les lois.

En s'en tenant aux lois caducaires proprement dites, on constate qu'elles ont duré quatre siècles un tiers, et le *Jus trium liberorum* a duré six siècles un quart.

Il est impossible d'admettre que ces lois n'eurent aucun effet.

Sans doute elles furent attaquées, mais non pas pour les raisons que l'on croit. Tacite, en les critiquant, défendait essentiellement les droits du citoyen romain, jaloux de ses prérogatives, qui n'entendait pas que l'Etat entrât sous aucun prétexte dans les détails de sa vie privée. Comme on le sait, le citoyen romain ne payait aucun impôt et était absolument maître chez lui. Or, nous sommes très loin aujourd'hui de cette organisation sociale.

Au IIIe siècle, Tertullien attaque à son tour les lois romaines qu'il trouve odieuses, en se plaçant à un autre point de vue que Tacite. Il est chrétien et le christianisme honore le célibat : d'où la nécessité de combattre les lois qui déshéritent les célibataires. Un fait d'ailleurs qu'il convient de mettre en évidence, c'est que le premier empereur chrétien se devait de les abolir et il n'y manqua pas. Il respecta cependant le *Jus trium liberorum* et quand Justinien l'abolit à son tour, l'empire romain avait été transporté en Orient où les conditions sociales ne ressemblaient en rien à celles de l'empire à Rome.

On doit donc conclure que les lois romaines furent efficaces, qu'elles furent appliquées et qu'il fallut l'avènement du chistianisme pour les abolir, en les remplaçant d'ailleurs par la proscription absolue de toute manœuvre anticonceptionnelle.

Du point de vue de la famille, notre société étant retombée dans un état anarchique, il lui faut une nouvelle règle. Et puisque cette règle ne peut être ni d'ordre religieux, ni d'ordre philosophique, ni d'ordre sentimental, elle doit être d'ordre social et économique. On est amené ainsi à reconnaître qu'il faut, par une mesure fiscale, protéger la famille.

Comme M. Reinach, M. le docteur Jayle repousse cette opinion que la dépopulation est une marque de civilisation. Si cela était vrai, il faudrait ranger ceux qui ont des familles nombreuses parmi les êtres inférieurs de la nation. Ce serait dire également que la France est plus civilisée, par exemple, que l'Allemagne. Or, M. le docteur Jayle déclare qu'après avoir effectué cinq séjours ou voyages en Allemagne depuis vingt ans, il lui est impossible de considérer qu'il en est ainsi. Ce qu'il faut dire, c'est que le degré de civilisation est sensiblement le même, mais que les hommes sont dissemblables. Le Français a ses qualités propres qui l'ont toujours fait briller parmi les peuples et ce n'est pas d'aujourd'hui qu'il est parlé de la « doulce » France.

Il faut d'autant plus protéger la famille qu'elle est actuellement plus attaquée, en particulier par les partisans du néo-malthusianisme. M. Reinach a insisté, dans la précédence séance, sur les moyens de propagande de cette école ; mais il convient de donner les raisons sur lesquelles se fonde la thèse qu'elle soutient.

Le néo-malthusianisme fait essentiellement ressortir que les classes dirigeantes ont une faible natalité. M. le docteur Jacques Bertillon a relevé l'état de 445 notabilités de Paris au point de vue du nombre de leurs enfants. Ce chiffre se décompose de la façon suivante (j'ajoute les proportions) :

283 (presque 2/3)	177 (2/5).	ont 0 enf.	7 (1/63).	ont 5 enf.
	106 (environ 1/4)..	— 1 —	4 (1/111).	— 6 —
	88 (1/4).	— 2 —	3 (1/148).	— 7 —
	39 (1/11).	— 3 —	1 (1/445).	— 9 —
	19 (1/23).	— 4 —	1 (1/445).	— 11 —

En classant ces 445 notabilités d'après leur profession, on voit que :

94 artistes.	ont 104 enf.,	soit par	famille	1,1 enf.
133 littérateurs.	— 127 —	—	—	1 —
111 politiques.	— 193 —	—	—	1,7 —
23 industriels et commerçants.	— 39 —	—	—	1,7 —
33 militaires et fonctionnaires.	— 54 —	—	—	1,6 —
51 autres notables.........	— 56 —	—	—	1 —
Ensemble 445 notabilités.	573 —	—	—	1,3 —

Ces constatations faites, on ne saurait s'étonner outre mesure qu'une publication telle que *La Génération consciente*, après avoir fourni la liste de cent personnalités en vue ainsi que le nombre de leurs enfants, ait pu donner à ses lecteurs le conseil suivant :

« Prolétaire, toi qui ne possèdes rien, toi dont la vie est toute de souffrance et de travail ingrat, toi qui es en butte au chômage, à la maladie, à la faim atroce, toi qui n'as comme perspective finale que l'hôpital ou le grabat, on t'incite à te reproduire en grand nombre, à augmenter ta misère et à en créer d'autres. Réfléchis. Vois ces noms et ces chiffres et médite. »

Dans un numéro récent, les rédacteurs de ce journal montrent que c'est grâce à leur propagande contre la conception que le chiffre des naissances a considérablement baissé et que, par suite, les Pouvoirs publics commencent à s'inquiéter du sort des familles pauvres et nombreuses.

On ne voit guère quelle réplique on pourrait opposer à cet argument, puisqu'en effet, il a fallu attendre la baisse formidable des naissances pour qu'enfin l'on se préoccupât du sort des enfants.

La Commission a déjà fait un grand pas vers la solution juste de la question en adoptant le principe des primes à la natalité. Mais il faut voter aussi le principe des allocations — allocations à tous, puisqu'il s'agit de faire *non pas œuvre d'assistance publique, mais œuvre nationale.*

L'allocation doit être élevée ; car si elle est faible, elle ne comporte guère que le remboursement des impôts supplémentaires payés par le chef de famille. Or, les enfants qui ne gagnent rien ne doivent pas payer d'impôts, et l'allocation ne commence qu'après le remboursement de ces impôts. En un mot, *l'allocation doit être élevée et généralisée.*

Le vote d'une allocation de cette nature entraînera certainement un gros chiffre de dépenses ; mais la Commission ne doit pas s'en effrayer : elle ne tombera pas pour cela dans le ridicule, comme l'a déjà dit M. Messimy. Au surplus, qui payera ? Les improductifs. Or, il faut discréditer l'improductivité et abattre les privilèges dont elle jouit. A la *notion de liberté individuelle*, il faut opposer la *notion de solidarité et instituer l'impôt de génération.* (Compte rendu officiel de la séance du 28 décembre 1912, p. 5, 6 et 7 sur 13.)

La Ligue « La Race française » (1912-1914). — Au début de 1912, j'ai fondé, avec l'appui d'un industriel, M. Verberckmoës, une ligue à laquelle je donnai pour nom : *La Race Française*, avec cette devise de Pasteur : *Sauvez la graine*. Mon maître Letulle voulut bien en être le vice-président. Pour bien indiquer son but, j'ajoutai commme sous-titre : *Ligue Nationale de Protection de la Race Française depuis la conception de l'enfant jusqu'à l'âge adulte.*

J'étais déjà membre de l'*Alliance Nationale pour l'accroissement de la Population Française*, mais ce groupement ne me paraissait pas suffisamment

actif. Mon but était de doubler cette ligue en nous attachant particulièrement à l'étude des questions. Je demandai donc à M. Bertillon, président de l'Alliance, d'être membre de notre Conseil. M. Bertillon accepta, nous tenant pour un Conseil d'études, expression qui correspondait bien à nos aspirations.

Notre but principal était de lancer dans les milieux populaires l'idée de la prime à la natalité, que la Commission extraparlementaire devait voter à la fin de 1912. Nous rédigeâmes une petite brochure qui fut largement diffusée avec explication de la prime.

Nous soumîmes à M. Klotz, ministre des Finances, un vœu tendant à l'établissement d'un impôt de 500 millions-or, prélevé exclusivement sur les improductifs proportionnellement au montant de la feuille de contribution de chaque assujetti, sous le nom de « Taxe temporaire de reconstitution de matériel de guerre », cette dénomination voulant mettre en évidence que, du fait de la grande masse des « sans enfants », il manquait chaque année 400.000 soldats et qu'il était élémentaire de faire payer à ces derniers la prime à la natalité. Cette prime devait être progressive et fixée à 100 francs-or pour le 1er enfant, 200 pour le 2e, 300 pour le 3e, 400 pour le 4e, 500 pour le 5e et les suivants. Cette prime était destinée à compenser les frais du premier âge et était payée : un quart au moment de la naissance, les trois autres quarts à la fin de chacun des trois premiers trimestres. Cette mesure était très facilement réalisable puisque l'impôt n'était que de 30 francs par enfant déficitaire.

La Ligue se développa, mais elle fut bientôt arrêtée par la déclaration de guerre et à la terminaison des hostilités, je conseillai à nos membres de s'inscrire tous à l'Alliance Nationale, qui avait enfin réussi à avoir les fonds nécessaires pour faire la propagande indispensable.

Rapports au Conseil Général de la Nièvre (1915-1918). — Pendant toute la durée de la guerre, en plus de mes fonctions militaires, je fus chargé, à titre provisoire et gratuit, des fonctions d'inspecteur départemental des Services d'Hygiène de la Nièvre, et c'est ainsi que je fis des rapports annuels au Conseil Général de ce département en 1915, 16, 17 et 18. Je doublai, d'emblée, le rapport habituel, portant exclusivement sur l'hygiène, de l'état démographique du département, et j'insistai chaque année sur la nécessité urgente de mettre la population au courant de l'état démographique, en même temps que de créer des installations hygiéniques et le confort dans les campagnes par des adductions d'eau et des installations électriques.

Dans mon rapport de 1916, je faisais remarquer que l'application de la loi du 17 juin 1913 pour l'obtention du secours de l'Etat pour les femmes en couche posait les conditions suivantes : 1° se livrer habituellement à un travail

salarié ou chez autrui ou à son propre domicile ; 2° les personnes qui, quelle que soit leur tâche familiale, ne se livrent point à un travail salarié, ne peuvent bénéficier de la loi. J'ajoutai :

Voilà, en quatre lignes, *sacrifiées* d'abord toutes *les femmes des campagnes* qui, chacun le sait, ne se livrent pas à un travail salarié, et puis, comme bouquet, *toutes les mères de nombreuse famille !* Est-il possible de trouver une législation plus antiscientifique ? Mettons la Science à la base de ces dispositions : elle posera deux principes :

1° L'enfant qui naît dans les champs est, mauvaise hérédité exceptée, le plus à protéger parce que ses parents ont plus de chance d'être robustes, parce que son allaitement maternel a plus de chance d'être assuré, parce que la vie au grand air a plus de chance de donner un organisme bien développé ;

2° Les enfants des familles nombreuses sont les plus à protéger parce que la fécondité est généralement une preuve de la santé d'un couple humain, que l'élevage en commun des enfants d'une même famille facilite le développement physique de ces enfants, les éloigne de la vie des grandes personnes, dont le contact permanent est parfois funeste, et contribue fortement à leur dressage intellectuel et moral.

Mes efforts furent appréciés et, en 1916, le vice-président du Conseil Général fit un rapport adopté par l'Assemblée dans lequel il est dit que, la guerre terminée, « le Conseil Général pourra se consacrer à la réalisation du large programme présenté par M. le docteur Jayle et accomplir ainsi cette œuvre de haute portée humanitaire et sociale qui est l'application toujours plus vaste et mieux étendue des principes d'hygiène et de salubrité publiques ».

Je remerciai en disant que les idées que je défendais appartiennent à la Science, qui les donne à tous ceux qui savent communier avec elle, et j'ajoutai que la Science ne préside pas assez à la confection des lois, à l'établissement des règlements, à la diffusion des idées qui font l'opinion publique.

J'ai profité aussi de ces rapports pour conseiller, dès le premier en 1915, la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène, inéligible aux fonctions publiques, ne faisant pas de clientèle et dont les appointements seraient analogues à ceux d'un professeur de Faculté de Médecine de 1re ou de 2e classe, appointements augmentés proportionnellement au nombre de ses enfants.

La plupart des idées que j'ai émises au Conseil Général, dont la création de l'Inspecteur d'Hygiène, assez bien appointé, ont été réalisées depuis ou sont en voie de réalisation. (Rapports à M. le Préfet de la Nièvre sur l'état hygiénique et démographique du département de la Nièvre, 1915, 1916, 1917, 1918.)

La prime annuelle de 100 francs-or aux enfants et adolescents sains (1917). — Je fis une communication le 3 juillet à *l'Académie de Médecine*, qui s'occupait de la question, pour l'établissement d'une prime annuelle de 100 fraucs à tous les enfants et adultes *sains*, destinée à remplacer la prime à la natalité donnée aussi bien pour les dystrophiques que pour les beaux enfants. Je proposai en même temps de poser aux candidats à toutes les places dans les Corps constitués médicaux d'Etat la condition préalable d'avoir satisfait à l'impôt de génération. J'émettai un vœu que l'Académie ait une « *Commission permanente de repopulation* », qui dirigerait le Corps médical tout entier, suivant un sens méthodique, dans la lutte de la défense des familles nombreuses. Le Corps médical donnant l'exemple, son action serait sinon souveraine, du moins d'une importance capitale.

Le repeuplement des campagnes. — Dans un article portant en exergue : *De l'exemple, encore de l'exemple, toujours de l'exemple,* j'analysai les causes de l'improductivité et je protestai contre ce sophisme courant qu'il vaut mieux avoir peu d'enfants pour mieux les élever et en faire des valeurs, comme si l'on pouvait changer la qualité des cellules cérébrales, alors que l'on ne peut ni modifier la couleur de l'iris ni l'état du système pileux. Je terminai en insistant sur la *nécessité du repeuplement des campagnes et leur mise en valeur au point de vue hygiène, confort et agrément.* (*La Presse Médicale.* Le repeuplement de la France, du point de vue médical seulement. 22 octobre 1917.)

Le livret national de mille francs à tout nouveau-né (1918). — En 1918, je faisais un article sur la proposition de M. Doisy tendant à l'établissement d'un impôt annuel de 745 millions-or payé par les « sans enfants » en faveur de la création d'un livret national de mille francs pour tout Français nouveau-né. Je faisais remarquer que cette proposition était l'application de l'idée très simple que j'avais émise il y a dix ans, propagée dans des conférences, des articles, développée devant des membres du Parlement, des bourgeois, des ouvriers, et qui, pourtant, n'a pas été acceptée d'emblée, il s'en faut.

Le livret permcttait le paiement d'une somme mensuelle de 30 francs pendant la première année, le reste étant délivré lors du mariage. Cette dernière clause avait l'avantage de favoriser les bien-portants, les malades et les dystrophiques étant en général disparus à cet âge. En même temps, je renouvelais la proposition de la création d'un *Institut familial,* institution libre mais

fortement subventionnée par l'Etat, qui organiserait dans chaque département des instituts départementaux, lesquels s'occuperaient de tout ce qui concerne la dépopulation. Cet institut familial favoriserait aussi les initiatives privées. (*La Presse Médicale*, 25 novembre 1918.)

Création de Maternités et d'Asiles-Ouvroirs dans toute la France (1918). — M. le docteur Lachaud venait de déposer à la Chambre une proposition de loi comportant la création de Maternités dans tous les hôpitaux de France avec adjonction à cette Maternité d'asiles-ouvroirs et de Maternités secrètes. Cette idée avait déjà été l'objet d'une proposition de loi en 1897, mais n'avait eu aucun succès à cette époque. Je soutins la proposition de M. Lachaud en faisant remarquer qu'il fallait surtout provoquer les naissances dans les classes moyennes et chez les paysans et que les maternités en question ne seraient guère utilisées par ces deux catégories sociales. Je proposai de s'adresser surtout à l'initiative privée sous forme de *Comités régionaux libres* qui dispenseraient l'argent voté par le Parlement au mieux des intérêts de toutes les familles. (*La Presse Médicale*, 4 mars 1918.)

Les réductions sur les billets de chemins de fer (1920). — Le Parlement avait voté, sur l'intervention de M. le Professeur Pinard, un amendement signé par MM. Breton, Pinard et Landry, prescrivant la remise à tout chef de famille, et à tous les membres de sa famille, d'une carte d'identité personnelle, leur donnant droit à une réduction sur les nouveaux tarifs des chemins de fer. Je m'informai auprès des Compagnies et j'appris qu'elles n'avaient pris aucune décision sur le maintien ou non du billet collectif de vacances et qu'en plus la réduction ne portait pas sur les billets d'aller et retour déjà exonérés de 25 %. Si bien que, finalement, les avantages espérés par les chefs de famille et escomptés par le législateur risquaient d'être très peu importants. Je publiai dans l'*Assistance Mutuelle* de mars 1920 un article documenté sur ce sujet. Je fis part de la question à M. le professeur Pinard, qui l'approuva d'autant plus que je soutenais sa pensée même et me conseilla de voir M. Lefas, secrétaire du Conseil Supérieur de la Natalité. Les billets collectifs de vacances furent maintenus et la réduction porta tant sur les billets aller et retour que sur les billets simples.

Articles sur la dépopulation de la France (1920). — J'ai écrit dans l'*Assistance Mutuelle* de 1920 et 1921 trois études sur la Dépopulation à l'usage

du grand public, dans lesquelles je continue à soutenir mes idées et où je cherche à préciser le rôle de la femme dans notre société.

Depuis, grâce aux efforts incessants d'esprits d'élite et dévoués, au premier rang desquels se place M. Strauss, la cause des familles nombreuses est énergiquement soutenue et a connu des succès fort appréciables, mais elle est encore loin d'être complètement résolue. Les chefs de famille connaissent des charges fiscales qui, pour être allégées, n'en restent pas moins injustement trop lourdes et leur prépondérance dans les Conseils gouvernementaux n'est nullement assurée. L'idée d'assistance a persisté, alors qu'il s'agit d'abord d'une égalité des charges financières, ensuite d'une protection constante des chefs de famille. Aussi, le résultat actuel est toujours la dénatalité et le *Bulletin Officiel de l'Alliance Nationale contre la Dépopulation* de novembre 1936 donne une courbe accusant la chute à 30 millions en 1985, si les errements actuels continuent (1).

Pour mon compte, aimant toujours les actes, j'ai fondé une famille comprenant quatre fils et une fille mariée, si bien qu'en cas de péril national cinq soldats sortent de ma maison pour la défense de la Patrie.

---

(1) J'ai fait établir par un ancien inspecteur des contributions l'impôt sur un revenu net de 100.000 francs payé par un célibataire, un ménage sans enfants et des chefs de famille, en 1937 :

Célibataire de moins de 30 ans	5.800 »
— de plus —	7.540 »
Ménage, marié depuis plus de deux ans, sans enfants	5.220 »
Chef de famille : 1 enfant mineur	4.050 »
— 2 —	3.565 »
— 3 —	2.800 »
— ayant élevé 3 enfants	4.548 »

La réduction pour les chefs de famille avec enfants mineurs, pour les célibataires de 31 ans et plus est de :

Pour 1 enfant :	3.490, soit par enfant	3.490 »
— 2 —	3.975, —	1.987 50
— 3 —	2.800, —	1.580 »

A remarquer que plus on a d'enfants, plus la réduction fiscale diminue !

Si *l'impôt de génération* était établi, le coût d'un enfant dans la classe sociale à laquelle appartient le contribuable ayant un revenu net de 100.000 francs étant de 10.000 francs minimum, ce contribuable paierait, de 35 à 40 ans : 10.000 francs ; de 40 à 45 ans : 20.000 francs ; de 45 ans à la fin de sa vie (il est alors défendu par les enfants des chefs de famille) : 30.000 francs.

II. — LA DÉFENSE DE L'ENFANT SAIN

L'ENFANT SAIN A LE PAS SUR L'ENFANT MALADE

Les colonies de vacances. — Dès mon entrée dans les hôpitaux, en 1886, grand fut mon étonnement de voir l'inégalité flagrante entre les soins réduits donnés aux enfants sains et les soins raffinés dont étaient entourés les déchets. Et cette idée n'est jamais sortie de mon esprit, puisque je l'exprimais ainsi en 1910 à ma Conférence à la Société de l'Internat :

A la sélection naturelle s'est substituée la sélection artificielle.
Le seul maintien des bons et des forts par la disparition spontanée des faibles est remplacé par la conservation des dystrophiques, dont les produits seront encore plus dégénérés qu'eux-mêmes.
Les médecins doivent prendre leur part de responsabilité dans la propagation de ces idées : au lieu de proclamer que *tout enfant sain doit avoir le pas sur l'enfant malade*, ils n'ont cessé, depuis un demi-siècle, de développer cette sentimentalité néfaste qui protège avec amour tout ce qui, dans la société, fait montre de tare, de faiblesse ou d'anomalie. Je garde, comme d'un cauchemar, le souvenir de mon passage aux Enfants-Malades, il y a plus de vingt ans : un pauvre bébé traité pour une rougeole ou une bronchite était hospitalisé dans une salle encombrée et fatalement mal tenue, comme pour y gagner la coqueluche, la scarlatine, la diphtérie, l'une après l'autre ou toutes ensemble. Peu de temps après, sorti de ce cloaque qui, celui-là, peut bien prendre le nom de morticole, j'allais à Bicêtre, dans le service des idiots et des dégénérés. Une splendeur ! Des pavillons coquets, largement aérés, ensoleillés puissamment, entretenus avec grand soin ; des infirmières accortes en nombre amplement suffisant, des salles de cours, des jardins, des préaux ! Il s'agissait des imbéciles, la société en avait cure. (J'ajoute la vision d'une des salles de cours : des idiots en cercle sur leur chaise percée et une institutrice s'efforçant de leur faire comprendre des lettres qu'elle traçait à la craie sur un grand tableau noir ; la plupart ne regardaient même pas !)

Jeune médecin, un camarade plus âgé me conta le fait suivant : ayant dans sa clientèle un couple tuberculeux avec un enfant, il fit venir un consultant

autorisé qui confirma son diagnostic et son traitement. Mon camarade ajouta : Et l'enfant ? — Est-il malade ? — Non. — Eh bien, attendez qu'il le soit et nous verrons.

Dans ma clientèle, j'avais deux institutrices. Les colonies de vacances commençaient. Toutes deux me dirent que les enfants bien portants n'étaient jamais choisis.

Je commençais alors une campagne toujours par des conférences en faveur des beaux enfants et j'écrivis un article sur les colonies de vacances donnant leur historique et une carte indiquant qu'il existait 206 colonies pour 22.316 enfants, dont 32 colonies municipales et 68 privées pour Paris, 24 municipales et 82 privées pour la province, carte établie par le professeur Landouzy et Sersiron en 1905. Cet article donnait le résumé de ma campagne.

Pour qu'à l'âge adulte, l'homme soit vigoureux, il importe que son enfance soit entourée de soins. La conséquence de cette idée est donc de mettre les enfants pauvres dans des conditions hygiéniques bonnes. Ce devrait être un principe proclamé et appliqué que *tout enfant des villes a droit à un ou deux mois de campagne par an.* Si je puis aller jusqu'au bout de ma pensée, j'ajouterai même que, s'il y a une sélection à faire, par suite du manque de fonds, ce ne sont ni les malades ni même les chétifs qui doivent être placés en tête de ligne, mais bien les plus sains et les plus robustes. A quand la prime à la santé, à la force, à la vigueur ? (*La Presse Médicale,* 7 août 1909.)

Près de trente ans ont passé, au cours desquels, par des moyens discrets, mais souvent efficaces, j'ai toujours soutenu que l'enfant sain a le pas sur l'enfant malade, ce qui ne veut nullement dire que l'enfant malade doit être abandonné. De grands progrès ont certainement été faits, mais la lutte doit toujours se poursuivre et la protection constante de l'enfant sain reste à l'ordre du jour.

III. — INSTITUTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

I° **Hôpitaux.** — Les constructions hospitalières ont retenu mon attention depuis 1892, tant à l'étranger qu'en France.

a) Hôpitaux étrangers

En 1892, j'ai décrit les principaux *hôpitaux de Berlin :* l'*Hôpital Friedrichshain*, le « *Lazaret de Baraques* » *de Moabit*, l'*Hôpital d'Urban*, l'*Hôpital de l'Empereur et de l'Impératrice Frédéric*. Si l'ouverture des deux premiers remontait respectivement à 1874 et 1872, les deux derniers ne dataient, celui d'Urban que de deux ans, l'Hôpital de l'Empereur et de l'Impératrice Frédéric, hôpital modèle d'enfants, que de quelques mois. Les installations berlinoises, que j'avais décrites avec soin, m'avaient vivement frappé et je terminai ainsi mon article : « Le corps médical ne doit cesser de protester et de réclamer des hôpitaux où l'éclairage, l'aération et le chauffage tiennent la première place et où l'aménagement intérieur ne soit plus sacrifié à l'aspect extérieur. » (Les Cliniques et les grands Hôpitaux de Berlin. *Gazette des hôpitaux*, 26 et 28 mai 1892.)

En 1898, je donne la description de la *Clinique chirurgicale de la Faculté de Moscou*, avec six figures, après avoir porté, sur l'ensemble des Cliniques impériales que j'avais visitées, l'impression suivante : « Les Cliniques impériales de Moscou sont à la fois les plus belles et les mieux comprises de l'Europe. » La méthode employée avait été la suivante, que je connaissais d'ailleurs pour avoir été utilisée à Leipzig pour la construction de la Clinique gynécologique-obstétricale, comme me l'avait expliqué le professeur Zweifel : deux professeurs et un architecte font leur tour d'Europe ; les plans sont étudiés pendant plusieurs séances par les professeurs de la Faculté de Moscou, qui

donnent leur avis sur les détails d'aménagement de la Clinique qu'ils auront à diriger. (*La Presse Médicale*, 14 septembre 1898.)

En 1902, je publiai un article sur l'*Université de Strasbourg*. Une figure montrait l'établissement de tous les Instituts de Médecine élevés par les Allemands, groupés près de l'Hôpital Civil, et à propos de l'Institut médical je faisais remarquer la collaboration constante du professeur et de l'architecte tant dans l'édification que dans l'aménagement des diverses parties de cet Institut. Je soulignais en même temps le nombre et le luxe des appareils, la richesse des musées, l'ampleur des amphithéâtres. (*La Presse Médicale*, 31 mai 1902, avec dix figures.)

En 1909, à propos d'un rapport de M. Sauvé sur les *Institutions hospitalières d'Angleterre et d'Ecosse*, je saisis l'occasion de faire connaître les organisations anglaises, et principalement l'*Institution des nurses*, qui m'avait si vivement frappé dix ans auparavant, et dont j'ai pu encore apprécier, en mai dernier, la magnifique organisation. Je demandais l'installation à Paris d'un premier hôpital dirigé par une matrone, choisissant elle-même son personnel éduqué par ses soins à Paris et en Angleterre, le tout sous la direction d'un conseil autonome. (*La Presse Médicale*, 15 mai 1909.)

En 1910, à propos du Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique de Saint-Pétersbourg, je signalai l'Institut impérial de Gynécologie et d'Obstétrique « véritable palais dont la construction a coûté 11 millions de francs et ne contient que cent cinquante lits, dont quarante pour la Gynécologie. Il comporte un luxe et un aménagement dont aucune autre clinique européenne ne peut approcher. Il contient une salle de conférences magnifiquement éclairée et dans laquelle quatre cents auditeurs peuvent tenir aisément dans des stalles confortables. Un dispositif particulier permet de faire l'obscurité en quelques secondes et rend possibles toutes projections ». (*La Presse Médicale*, 28 septembre 1910, annexe p. 787.)

En 1913, sous le titre : « Le jour d'en haut sans ouverture du plafond », je décrivais la salle d'opération de l'Institut de Saint-Pétersbourg dans laquelle, par une disposition spéciale de la forme des murs, l'éclairage par une large baie latérale donnait autant de lumière que l'éclairage obtenu par un vitrage au plafond. (*La Presse Médicale*, 5 juillet 1913, avec figure.)

Les descriptions que j'ai faites à la suite de mes voyages de 1897 et de 1910 prouvent que les installations hospitalières de premier ordre ne datent pas d'hier en Russie.

b) Hôpitaux parisiens

1° *Le nouveau Service de Gynécologie de l'Hôpital* Broca. — Dans un article du 10 juillet 1897 de *La Presse Médicale*, puis dans un Mémoire que j'écrivis avec mon maître Pozzi et qui parut au début de 1899, j'ai fait la description de ce nouveau Service, en l'illustrant de vingt figures. Le nouveau Service de l'hôpital Broca est une œuvre de collaboration médicale et technique. Cette collaboration a été possible parce que la reconstruction du service n'a pas été livrée au hasard d'un concours. Le plan primitif a pu être modifié et perfectionné sans cesse, au point que la construction définitive ne ressemble en rien à l'avant-projet. Par suite de cette collaboration incessante, de tous les jours avec le chirurgien en chef et son assistant, l'excellent architecte M. Rochet ne s'est jamais trouvé livré à lui-même, obligé de résoudre tout seul quantité de petits problèmes dont la solution, bonne ou mauvaise, rend elle-même l'installation, générale ou particulière, parfaite ou défectueuse. » Ainsi s'est trouvée réalisée pour une fois à Paris la collaboration intime et constante entre le Service architectural et le Corps médical.

Ce Service a inauguré à Paris la peinture en couleur et la décoration artistique par de grandes toiles marouflées dans les salles de malades. A noter également les constructions de gradins élevés et de balcons pour les médecins et élèves assistant aux opérations.

2° *L'Hôpital* Boucicaut. — Description détaillée avec sept figures (*La Presse Médicale*, 1er décembre 1898).

3° *Etude comparative entre les principaux hôpitaux de Berlin et de Moscou et les récents hôpitaux de Paris* (Hôpital Boucicaut, Service de Gynécologie de l'hôpital Broca (1899). Mémoire remis à l'*Académie de Médecine* apprécié ainsi par le Professeur Landouzy :

« Notre jeune confrère s'est donné mission de voir ce que Vienne, Leipzig, Berlin et Moscou avaient fait en matière d'hôpitaux nouveaux. Le mémoire n'est point intéressant seulement parce qu'il nous donne une description et une critique des hôpitaux étrangers, description et critique dont tous, administrateurs, édiles, architectes, médecins, philanthropes, devront faire leur profit, il est intéressant parce que l'auteur se sert de ce qu'il a vu ailleurs que chez nous pour faire une critique de certains nouveaux services de l'Assistance publique parisienne, comparant le nouveau Service de l'hôpital Broca (annexe Pascal) et le nouvel hôpital Boucicaut, dans lequel le lit revient à

20.000 francs, tandis qu'il ne dépasse pas 7.000 dans le nouvel hôpital urbain de Berlin, et 8.000 à la clinique chirurgicale de Moscou, l'organisation de l'hôpital Boucicaut le cédant pourtant en organisation aux hôpitaux que, comme l'auteur, nous avons visités à Berlin et à Moscou ; le cédant aussi à l'hôpital Broca, dans lequel le lit, services généraux compris, doit approcher de 8.000 francs seulement. Les avantages obtenus et comme prix de revient et comme détail d'organisation et de fonctionnement, à l'hôpital Pascal comme à la clinique chirurgicale de Moscou, le docteur F. Jayle les explique par ce fait qu'à Moscou, comme à l'hôpital Pascal, la prééminence, dans la conception des services hospitaliers, a été laissée aux médecins, qui ont eu pleine liberté d'indiquer les plans. En fait, le mémoire du docteur Jayle a le mérite de rapporter une expérience qu'il était utile de faire connaître afin qu'elle ne fût pas perdue à la veille du jour où nos édiles veulent doter la ville de Paris d'établissements que, tant au point de vue de leur construction que de leurs aménagements, nous rêvons de voir considérer comme des hôpitaux modèles. » (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 7 novembre 1899, p. 447.)

4° *Les nouveaux Pavillons des* Enfants-Malades. — Description avec neuf figures (*La Presse Médicale*, 21 février 1900).

5° *L'Hôpital* Bretonneau. — Description avec dix figures. (*La Presse Médicale*, 9 mars 1901.)

6° *L'Hôpital* Trousseau. — Description avec quinze figures. Dans cet article, j'insiste à nouveau sur la nécessité d'adjoindre à l'architecte un médecin pour la construction de tout hôpital et de leur faire faire un tour d'Europe avant l'établissement du plan, le concours devant être supprimé. (*La Presse Médicale*, 25 septembre 1910.)

7° *Le nouveau Pavillon de la* Maternité. — Description avec quatre figures. (*La Presse Médicale*, 28 juin 1902.)

8° *Les nouveaux Pavillons de* Cochin. — Description avec trois figures. (*La Presse Médicale*, 5 juillet 1902.)

9° *L'Hôpital* Claude-Bernard. — Je termine la description de cet hôpital en montrant les grands progrès réalisés à Paris depuis 1892 : « Le chemin à parcourir était long, il a été parcouru rapidement. Paris va l'emporter et, pour gagner de haute lutte, que notre sympathique Directeur général M. Mesureur continue sa marche en avant pour sortir définitivement du préjugé et de la routine. » (*La Presse Médicale*, 2 décembre 1905.)

10° *L'Hôpital de la* Pitié. — Description avec treize figures. Après avoir fait l'éloge de cet hôpital, je fais, en 1912, une *étude critique des idées directrices régnantes à l'endroit de la conception d'un hôpital :*

a) La construction d'un grand hôpital en pleine ville est à rejeter définitivement parce que la place dont on dispose est trop petite, que l'air ambiant n'est pas de première qualité, que le prix du lit est toujours augmenté de celui, élevé, du terrain, que l'établissement des grandes cheminées que nécessite fatalement un grand hôpital est toujours fâcheux dans une grande ville. Et je proposais de revenir au temps d'Henri IV, où l'on construisit l'hôpital Saint-Louis en pleine campagne. Des moyens de locomotion permettent facilement la visite des malades. (La construction du nouvel hôpital Beaujon, à Clichy, fait le plus grand honneur, en particulier de ce point de vue, à notre respecté Directeur général, M. Mourier.)

b) Un progrès important consisterait dans l'*édification de services spéciaux* dans tout hôpital nouveau. Tous ces services devraient être *médico-chirurgicaux*, pour rompre avec la spécialité thérapeutique qui fait qu'un malade est assez souvent traité chirurgicalement ou médicalement, suivant qu'il passe à gauche ou à droite de la porte d'entrée.

L'influence des organisations hospitalières est grande sur le progrès de la science médicale. Combien seraient profitables des services médico-chirurgicaux exclusivement consacrés aux maladies du tube digestif, aux tumeurs, aux affections du système circulatoire, à la gynécologie, etc. ?

Sans doute, pendant une première période, on trouverait peut-être difficilement le médecin sachant opérer, capable de tenir ces services. Mais la fonction fait l'organe et, rapidement, avec l'aide d'assistants transitoires, le système fonctionnerait parfaitement, pour le plus grand bien des malades et l'avancement de la thérapeutique.

M. le Professeur Sergent, en 1927-28, soutenu par l'appui de M. le Directeur général Mourier, a pris l'heureuse initiative d'organiser, à l'hôpital de la Charité, dans son service de médecine, un service chirurgical complémentaire dans lequel, sous la double direction du médecin et du chirurgien, sont traitées les maladies de l'appareil respiratoire : tuberculose, suppurations, cancer. Ainsi a été réalisé le premier service médico-chirurgical à Paris, qui a été maintenu et perfectionné à l'hôpital Broussais en 1933, lors du transfert dans cet hôpital du service de M. le Professeur Sergent, par suite de la démolition de La Charité.

c) J'insistais aussi sur le problème de l'aération, « peut-être le plus difficile de la science hospitalière », et je rappelais l'installation si intéressante de l'Institut impérial de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg.

d) J'émettais en terminant l'idée d'une *Direction médicale des travaux hospitaliers au Siège de l'Administration de l'Assistance publique :* « Non seu-

lement la construction d'un hôpital, mais encore l'étude de toute modification à faire subir aux établissements existants devraient être confiées à un Service médical dont le chef, très versé dans les connaissances hospitalières, n'aurait aucune autre fonction. Une institution de ce genre aurait d'abord pour utilité d'établir des responsabilités précises ; elle ne tarderait pas à imprimer à notre système hospitalier une marche plus rapide vers le mieux, en même temps qu'elle compléterait les Corps si distingués des administrateurs, architectes et ingénieurs de l'Assistance publique de Paris. » (*La Presse Médicale*, 29 juin 1912.)

11° *Le Pavillon* Bouilly. — Description, avec cinq figures, du nouveau service de M. le Professeur J.-L. Faure, à l'hôpital Cochin.

A propos des box contenant les bidets et que fermait complètement un rideau blanc, j'écrivais : « Les femmes jouissent ainsi d'un isolement qu'on ne saurait trop louer. La réapparition d'un rideau dans un service de chirurgie fera le plus grand plaisir à ceux qui pensent qu'on a fortement exagéré la nécessité de la prohibition de ce voile protecteur, dernier rempart d'un pauvre malade contre l'indiscrétion. Et il me plaît à dire que c'est une main féminine qui l'a si heureusement introduit ; si le chef de service eût été célibataire, les pauvresses du Pavillon Bouilly n'eussent pas bénéficié de ce petit lambeau de toile qui leur est si agréable. Il en serait ainsi de beaucoup d'autres détails si la femme tenait à Paris, dans la direction de l'hôpital, la place qui lui est faite à Londres, pour le plus grand bien des malades. » (*La Presse Médicale*, 7 juin 1913.)

Station climatique d'altitude de Superbagnères-de-Luchon. — J'ai décrit en 1922 la nouvelle station d'altitude de Superbagnères, « une des plus importantes et des plus agréables des stations climatiques du monde entier. (*La Presse Médicale*, 16 septembre 1922, annexes.)

La première clinique chirurgicale privée construite à Paris par un chirurgien parisien. — Au début du siècle, les opérations de la clientèle privée se faisaient dans des couvents ou quelques rares maisons laïques qui ne possédaient, ni les uns ni les autres, aucune installation opératoire bien comprise. En 1901, je fis part de l'idée que j'avais de construire une clinique chirurgicale privée à mon maître Pozzi qui l'approuva et la soutint. La clinique fut inaugurée en juillet 1902 sous le nom de : Maison de chirurgie, et E. de Lavarenne en donna une description assez complète avec cinq figures. « Rien n'a été négligé, rien n'a été omis pour faire de cette installation opératoire une installation modèle ; tout y est méthodiquement adapté aux diverses opéra-

tions, quelles qu'elles soient. » (*La Presse Médicale*, 1902, page 1026.) J'avais édité moi-même une plaquette avec de nombreuses figures, qui fut largement diffusée.

La clinique comportait tout un étage opératoire, ce qui paraissait fort exagéré à l'époque, avec salle d'opération aseptique située au Nord, salle d'opération septique située au midi, exposition la meilleure pour une salle infectée, le soleil étant un puissant agent destructeur des microorganismes de toutes sortes, une salle de stérilisation avec autoclave horizontal, un appareillage pour la stérilisation de l'eau et un distributeur automatique de brosses stérilisées, une salle d'anesthésie, une salle d'instruments et d'objets de pansement. En plus, avaient été aménagés pour les chirurgiens un vestiaire avec water-closets et une première petite salle pour le nettoyage des mains avec trois lavabos.

La salle d'opération aseptique mesurait 6 m. × 4,60 et était très haute de plafond, de manière à avoir un très grand cube d'air, tant pour le malade que pour le chirurgien et ses aides. Eclairage latéral et par le plafond. Les parois étaient recouvertes sur une hauteur dépassant deux mètres d'une opaline très bleutée, les portes étaient peintes en bleu, le sol était carrelé en blanc et bleu.

Aucune chambre n'était peinte en blanc. J'avais essayé plusieurs couleurs dont la plus réussie était un bleu doux. Mon ami Bellery-Desfontaines en avait sobrement et artistiquement décoré quelques-unes.

Les nouvelles chambres avaient été carrelées, avec des angles arrondis ; à ce carrelage, on avait objecté qu'il serait froid pour les malades ! Les portes étaient à double paroi lisse pour amortir les bruits extérieurs et empêcher le dépôt de toute poussière. Eau chaude et froide courante dans toutes les chambres neuves. Une vitrine assez grande pour contenir les instruments et tous les objets de pansement, dans toutes les chambres. Installation d'un grand ascenseur pour recevoir le chariot des opérés.

Située dans les environs très calmes de l'Observatoire, la clinique comportait un très grand jardin mis à la disposition des malades convalescents pendant la belle saison.

Cette clinique a été visitée par un très grand nombre de chirurgiens et a été suivie de la construction de nombre d'autres. Elle existe toujours et, après trente-cinq ans, l'étage opératoire reste très apprécié et n'a subi aucune modification.

II° **Le chauffage par le sol.** — Le chauffage des locaux d'habitation publics et privés intéresse au plus haut point la santé publique. Le système des radiateurs comporte de gros inconvénients et M. le docteur Lesage, dans une communication à la Société de Médecine Publique et de Génie Sanitaire, en

1931, a indiqué en particulier les accidents graves qu'il avait vu survenir chez des enfants dans des habitations privées, où ce système de chauffage courant était employé.

En 1930, le 10 juin, je fis une communication à l'*Académie de Médecine*, recommandant pour les hôpitaux et écoles le chauffage par le sol. Des conditions particulières m'avaient fait apprécier, dès mon adolescence, l'avantage du chauffage au rez-de-chaussée des maisons d'une localité, où existait une source d'eau presque bouillante, par cette eau qui, canalisée, passait sous le sol dallé de toutes les maisons ; cette installation paraissait remonter à l'époque romaine. Le chauffage romain utilisait l'air chaud provenant de grands foyers situés dans le sous-sol. Des procédés techniques modernes avaient permis récemment aux Anglais d'obtenir le chauffage des locaux par des tuyaux assemblés en panneaux et encastrés dans les plafonds. La chaleur dégagée provenait d'une eau peu chauffée, mais à circulation accélérée ; cette chaleur était dite « par radiation », la chaleur des radiateurs étant une chaleur propagée « par convexion ». Quelle que soit la théorie, j'eus l'idée qu'il valait mieux mettre les panneaux de tubes chauffants dans le sol qu'au plafond, le but principal à atteindre étant d'avoir les pieds chauds. J'ai donc organisé ce système en 1929 et des ingénieurs anglais sont même venus en constater le résultat.

J'ai fait connaître ce nouveau système de chauffage du sol par des panneaux de tuyaux contenant de l'eau à une température peu élevée, d'abord dans une Conférence faite à l'Hôtel Chambon en 1930 et dans une seconde faite à la Société de Médecine Publique et de Génie sanitaire en 1931, puis dans quelques réunions privées d'architectes et d'ingénieurs, dont une, très importante, présidée par M. le Professeur Tanon.

Au début, j'ai utilisé des sols en granito ou en carreaux de faïence et ils restent très recommandables ; depuis deux ou trois ans, on est parvenu à employer un parquet spécialement établi.

Ce système de chauffage par le sol, si précieux du point de vue de la santé, se généralise progressivement. (Le problème du chauffage, Conférence faite à l'Hôtel Chambon, 17 décembre 1930, publiée par *La Science Médicale pratique*, 1er février 1931. — Du meilleur système de chauffage actuel du point de vue de l'hygiène. *Société de Médecine Publique et de Génie sanitaire*, 1931.)

III° La vaccination antisyphilitique. — Depuis longtemps, assimilant la syphilis à la variole, je soutiens que, de même que l'on n'a fait disparaître

celle-ci que par la vaccination, on n'éteindra celle-là que par une méthode analogue. Décrivant l'Institut Alfred-Fournier, j'ai écrit :

C'est la vaccination qui doit triompher de la maladie. Nous avons les savants les plus éminents, dressés dans les méthodes pasteuriennes, qui ont déjà supprimé un nombre impressionnant de maladies contagieuses. Que le gouvernement leur accorde de larges crédits pour étudier la vaccination, non pas par des expériences limitées, mais sur une très grande échelle... Pour se préserver de la guerre, fléau de destruction inférieur en grandeur à la syphilis, malgré les apparences seulement impressionnantes, les milliards ne manquent jamais. Contre ce fléau destructeur de l'humanité, destructeur de l'individu, destructeur de sa descendance, destructeur de la collectivité, l'effort de préservation est quasi nul et c'est parce qu'il est nul que le terrible fléau non seulement continue, mais s'étend en tache d'huile, frappant de plus en plus les organismes soit dans leur vie, soit dans leur descendance, à l'encontre de la variole, pourtant jugée maladie épouvantable, mais qui reste localisée à l'individu atteint.

Dans un court article sur le *Congrès français de Prophylaxie de la Syphilis* de mars 1936, je suis revenu sur cette idée :

Lorsque le gouvernement se sera décidé à reconnaître que *la Syphilis est par excellence la plaie de l'humanité moderne*, il faut espérer qu'il donnera à l'Ecole de l'Institut Fournier, fille de l'Institut Pasteur, une subvention annuelle de deux millions de francs-or, soit la six-millième partie du budget, pour l'étude de la *vaccination antisyphilitique*, qui, seule, nous débarrassera de la syphilis comme toutes les vaccinations trouvées à ce jour ont supprimé ou quasi-supprimé des fléaux multi-séculaires ayant nom : variole, charbon, diphtérie, fièvre typhoïde, peste, etc. Cette dépense minime se traduirait, dans un certain nombre d'années ou de lustres, par la plus formidable économie à la fois d'argent et de troubles pathologiques que puisse réaliser un Ministère de la Santé publique mettant au premier plan de ses préoccupations, non la tuberculose, dont on abuse étrangement dans les pensions, mais la sournoise et redoutable syphilis, dont l'extension continue chaque jour, au plus grand dam de la Race et du bon sens. (*La Presse Médicale*, 1935, p. 2019, et 1936, 725.)

Nécessité d'un examen médical complet des candidats a la naturalisation et de leur famille. — J'ai attiré l'attention de l'*Académie de Médecine*, dans sa séance du 28 juillet 1936, sur ce fait que j'avais observé en étudiant les demandes de naturalisation faites par des médecins ou étudiants en médecine du département de la Seine, pour lesquelles la Préfecture de police, sur l'ordre du Ministère de la Justice, demandait l'avis du Syndicat des médecins

de la Seine. Aucun examen de santé n'accompagnait le dossier du candidat ni pour lui, ni pour les membres de sa famille, si bien que des sujets tarés, syphilitiques, tuberculeux, mentaux, etc..., peuvent être acceptés. Je demandais donc que cet examen soit pratiqué sous la direction de l'Académie de Médecine et comporte, en plus de l'examen clinique, tous les examens sérologiques et radiologiques nécessaires. L'Académie a bien voulu nommer une Commission qui a fait un rapport favorable et les conclusions de ce rapport ont été votées le 19 janvier 1937.

IV. — ROLE SOCIAL, INTÉRÊTS PROFESSIONNELS, ŒUVRE D'ASSISTANCE DU MÉDECIN

Le rôle social du médecin doit être de premier plan : dans les conditions de la vie actuelle, ce rôle présuppose une discipline librement consentie et une union complète de tous les médecins. Dans le but d'étudier et d'intensifier ce rôle, je me suis inscrit, en 1897, le premier ancien interne à la sortie de l'internat, au Syndicat des Médecins de la Seine.

Un de mes buts constants a été de combler le fossé qui existait entre les médecins officiels et les médecins praticiens : le Corps Médical doit rester uni.

Fondant le banquet du Syndicat des Médecins de la Seine, en 1921, j'ai institué l'alternance de la présidence entre un maître de la Faculté ou des Hôpitaux et un médecin praticien ; cette coutume est établie depuis quinze ans. M. le Doyen Roger a présidé notre premier grand banquet.

J'ai usé de mon influence pour faire nommer M. le Professeur Balthazard président de la Commission d'entente entre l'Union et la Fédération lors de la scission de 1929 ; cette présidence l'a conduit à celle de la Confédération. Son successeur a été le très distingué praticien, M. le docteur Dibos, à qui vient de succéder M. le docteur Chalier, professeur agrégé et médecin des Hôpitaux de Lyon.

M. le Professeur Hartmann, à la soirée donnée par le Congrès français de Gynécologie de l'an dernier et qu'il m'a fait le très grand honneur de présider, a bien voulu le rappeler :

Vous êtes, je crois, le premier interne qui se soit fait inscrire dans un Syndicat. Vous y avez pris rapidement une place considérable. C'est certainement en grande partie vous qui avez fait disparaître l'esprit d'hostilité qui régnait contre les officiels chez un certain nombre de syndicalistes. Par votre

habile propagande, vous avez ensuite attiré dans les syndicats bon nombre d'officiels. Aujourd'hui, il n'y a plus d'un côté les praticiens, de l'autre les officiels. Tous sont unis dans une même pensée : soutenir les intérêts du Corps médical.

Au cours de mes diverses fonctions, je me suis occupé de la plupart des questions professionnelles, dont la principale fut et reste celle des Assurances Sociales.

Les Assurances Sociales. — Le rôle et la situation professionnelle du médecin ont été dominés, pendant près de dix ans, par la discussion, loin d'être close, de la loi sur les Assurances Sociales. En 1921, fut déposé le projet Vincent qui contenait 226 pages et qui proposait, somme toute, d'introduire dans la législation française la législation trouvée en Alsace-Lorraine au jour de l'Armistice. Or, cette législation n'était autre que la *législation allemande* et je crois avoir été le premier à le faire remarquer.

Dans un article intitulé : « Remarques générales sur le projet de loi des Assurances Sociales » et paru dans le *Bulletin du S. M. S.* en octobre 1921, je fis du projet une critique serrée qui m'était d'autant plus facile que je connaissais le système allemand depuis mon premier séjour en Allemagne en 1892.

Je m'élevai contre la conception d'une humanité théorique dont tous les membres seraient semblables. Outre la différence tenant pour une bonne part au climat, aux caractères physiques et physiologiques des Allemands, par rapport à ceux des Français, je mettais en évidence que le point vital pour la France est celui de la déficience de la population, alors que ce point vital n'existe pas pour l'Allemagne. Or, le projet ne soutenait pas les familles nombreuses. De ce seul point de vue, sans parler de tous les autres, je m'élevai contre le projet.

A l'Assemblée Générale du S. M. S., le 15 décembre 1921, M. La Fontaine lut les conclusions du rapport qui devait être présenté à l'Assemblée Générale de l'Union des Syndicats et qui demandait le libre choix du médecin par le malade et le tarif à la visite ; mais le texte comprenait cette phrase : « L'Assemblée affirme sa volonté de ne pas s'opposer à l'établissement de l'Assurance Sociale *dont elle reconnaît les bienfaits.* »

Je demandai la suppression des cinq derniers mots, qui fut votée à l'unanimité, et je renouvelai cette demande à l'Assemblée Générale de l'Union, qui l'accepta.

Le texte parlait aussi d'entente avec les syndicats ouvriers ; je fis remarquer que la France est surtout une nation agricole et qu'il faut tenir compte des cultivateurs ; l'Assemblée vota la formule proposée par M. Cibrie : « avec toutes les organisations professionnelles. » (*Bulletin du S. M. S.*, 1922, p. 33.)

Le 31 juillet 1923, paraissait une brochure de 512 pages, qui était le *Rapport de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre par notre confrère, M. Edouard Grinda.* J'en fis une critique serrée et en proposai le rejet. (Etude du second projet de loi sur les Assurances Sociales. *Bulletin du S. M.* S. 1923, p. 307-332.)

Le Conseil, d'abord, et ensuite l'Assemblée Générale du 9 décembre 1923 adoptèrent dans leur ensemble ces idées, qui étaient d'ailleurs défendues par d'autres confrères, et le projet Grinda ne fut pas accepté.

En 1924, je fis, au nom de la Commission Assurance-Maladie du S. M. S., un nouveau et long rapport sur le même sujet et avec les mêmes idées générales, pour l'Assemblée Générale du 1er juin 1924 (*Bull. du S. M. S.*, 1924, p. 216-234).

Nouveau rapport personnel pour l'Assemblée Générale du 23 novembre 1924 (Assurance-Maladie, *Bull. du S. M. S.*, 1925, p. 63-75).

En 1925, communication sur l'Assurance-Maladie à l'Assemblée Générale du 21 juin 1925 (*Bull. S. M. S.* 1925, p. 169) et nouvel exposé à l'Assemblée Générale du 29 novembre 1925 (*Bull. du S. M. S.*, 1925, p. 317).

En 1926, rapport sur le projet sénatorial par notre confrère M. Chauveau (*Bull. du S. M. S.*, 1926, p. 169-189).

Dans *La Presse Médicale du* 1er avril 1922, je commençai une série d'articles dont le premier est intitulé « Historique du projet des Assurances Sociales déposé au Parlement », et le second « Etude critique du projet sur les Assurances Sociales ».

Je publiai, les années suivantes, toute une suite d'études qui constitue un fonds de documentation dans lequel a pu puiser le Corps Médical. Le dernier article est du 15 juin 1932.

Secrétariat Général du Syndicat des Médecins de la Seine. — A un moment difficile, j'ai assumé les fonctions de Secrétaire Général du Syndicat des Médecins de la Seine, que j'ai remplies pendant six ans et auxquelles ont succédé les fonctions de Président. Mon principal soin a été d'établir une organisation administrative dont le fonds n'a pas été changé, tout en conti-

nuant à se perfectionner, et j'ai modifié le Bulletin. J'ai organisé le Conseil de Famille suivant les règles juridiques, faisant nommer un avocat à la Cour comme Secrétaire du Conseil.

Membre du Conseil et Trésorier de l'Union des Syndicats Médicaux de France. L'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux. — Nommé en même temps Membre du Conseil et Trésorier de l'Union, j'ai trouvé une Caisse vide et je l'ai laissée, au bout de quatre ans, avec près de 250.000 francs.

Le projet de loi sur les Assurances Sociales avait eu pour funeste conséquence la division des Syndicats médicaux en deux groupes, sous les noms respectifs d'*Union* et de *Fédération*, en même temps d'ailleurs que se groupaient à part les *spécialistes*, d'où affaiblissement fatal de la force du Corps Médical. Une Commission d'entente entre les deux groupes s'est instituée au début de 1929 et j'en fus nommé secrétaire. La Commission élabora de nouveaux statuts devenus ceux de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, dont la première Assemblée Générale se tint en décembre 1929.

Toujours dans le but principal de sceller l'union qui venait d'être réalisée entre les Syndicats par la création de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, d'une part, et, d'autre part, estimant, d'ailleurs avec tous mes collègues de la Commission d'entente, que les bureaux de l'Union des Syndicats, situés dans une maison de commerce de la rue Louis-le-Grand, manquaient non seulement de décorum mais même du simple confortable, je leur ai soumis la proposition d'acheter un hôtel, 95, rue de Cherche-Midi, dit hôtel Chambon. Cette proposition fut agréée et ultérieurement approuvée par l'Assemblée Générale de la Confédération de décembre 1929. Ainsi fut créé l'*Hôtel de la Confédération des Syndicats Médicaux Français*, dont je fus nommé Administrateur-Délégué. J'y ai organisé une publicité nouvelle qui a donné une somme très importante, permettant d'aplanir les difficultés financières.

La Confédération avait ainsi un Hôtel digne de son rôle, dont l'inauguration a été faite par M. le Président de la République. Cet Hôtel a conduit à l'achat de l'Hôtel de Juigné, 60, avenue de La Tour-Maubourg, magnifique bâtiment où le Corps Médical a enfin un siège central en rapport avec son importance sociale et qui mérite encore mieux l'expression dont je m'étais déjà servi pour l'Hôtel Chambon, de « Ministère privé de la Médecine ». (L'Hôtel de la Confédération des Syndicats Médicaux Français. *La Presse*

Médicale, 1936, 8 février, avec trois figures : le *British medical* en a donné un large extrait avec une figure.)

Œuvres d'assistances. — Les œuvres d'assistance ont toujours eu tous mes soins. En 1924, frappé de l'impossibilité absolue pour le Syndicat de la Seine de donner un secours urgent à un confrère dans une gêne extrême, j'ai fait fonder une *Caisse de Secours* qui s'est peu à peu augmentée et continue aujourd'hui.

La *Maison du Médecin*, dont je suis membre du Conseil d'Administration, le Président étant M. le Professeur Cunéo, est une institution à laquelle je me suis toujours vivement intéressé, et j'en ai fait l'historique complet dans un article de *La Presse Médicale* (13 décembre 1933).

J'ai soutenu M[me] Jayle dans le rôle actif qu'elle joue à la *F. E. M.*, dont le Président est M. Siredey, le Secrétaire général M. Darras, le Trésorier M. Crouzon. Le *Bal de la Médecine*, qu'elle a créé il y a dix ans, a été la principale source des recettes permettant de venir en aide aux femmes et enfants de médecins dans la détresse et a permis de distribuer annuellement des sommes trente fois supérieures à celles données auparavant, en même temps que le placement des veuves a été institué et fonctionne dans la mesure du possible.

Défense de l'Internat. — Dès mon premier voyage en Allemagne, en 1892, où l'organisation hospitalière est différente de la nôtre, j'avais été frappé des grands avantages que présentait pour les jeunes l'institution française de l'Internat, et en particulier celui des Hôpitaux de Paris. Je me suis donc intéressé de bonne heure à soutenir cette institution, dont je me suis occupé toute ma vie.

Entré dans la Société de l'Internat en 1892, à l'Assemblée Générale de cette année, je protestai contre l'instruction livresque que nécessite l'internat, souvent aux dépens de l'instruction clinique. « Tout le monde sait que pour arriver vite aujourd'hui à l'internat, il suffit de travailler chez soi, dans les livres, et nullement à l'hôpital. »

A l'Assemblée Générale de 1893, demande de la *limitation du nombre des internes*. A la suite d'un concours, on en avait déjà reçu 66. Le 26 décembre 1893, envoi au Président de l'Association de l'Internat d'un référendum du Corps de l'Internat dont les principales conclusions sont de permettre aux in-

ternes de passer leur thèse en conservant leurs fonctions, d'assimiler les internes aux docteurs dans l'intérieur de l'hôpital et d'exiger la naturalisation des étrangers qui se présentent au concours de l'internat ; la première demande était en rapport avec les difficultés qui existaient du fait de la nouvelle loi militaire.

Nommé membre du Comité comme interne en exercice, à l'Assemblée Générale de 1894.

En 1895, rapport du Comité de l'Association par M. Jayle, émettant les vœux suivants :

1° Les internes seront logés dans l'hôpital auquel ils sont attachés ; 2° Les internes recevront une indemnité qui leur permettra de suffire à leur nourriture ; 3° Le service de garde sera personnellement assuré par les internes et les contre-visites seront régulièrement faites par les internes ; 4° Le titre d'interne provisoire doit être supprimé pour être remplacé par celui d'externe délégué.

Il est à remarquer que l'Assemblée Générale, craignant, bien à tort, que l'interne devînt un véritable employé d'Administration, n'a pas accepté l'indemnité suffisante pour assurer la nourriture et s'en est tenue à une augmentation de cette indemnité.

Réélection au Comité à l'Assemblée Générale de 1901, bien que non présenté par le Bureau, dont les candidats étaient MM. Fernet, Lubet-Barbon, Pamard et Roger. Depuis, constamment réélu.

La Société de l'Internat (1904-1932). — Après avoir reçu les avis favorables de beaucoup de mes collègues, je fondai un comité provisoire le 23 octobre 1903 et un projet de statut fut envoyé à tous les membres de l'Internat. La principale objection était qu'il ne fallait pas concurrencer l'Amicale de l'Internat. Tel n'était pas le but ; mais il fallut une Assemblée générale, remarquablement présidée par le Professeur Joffroy, vice-président de l'Association amicale, pour le démontrer, au cours d'une séance qui dura quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le 10 février 1904. Le premier Président fut Jacquet. Je fus nommé Secrétaire général et M. Hallion Trésorier et, tous les deux, nous avons conservé nos fonctions jusqu'à la dissolution de la Société, le 19 février 1932.

La Société de l'Internat avait un triple but : scientifique, professionnel, propagandiste du titre d'interne.

Le but *scientifique* était d'ouvrir une tribune importante à tous les membres de l'Internat, et surtout à ceux qui n'en avaient pas d'autres à leur disposition. En plus, le Comité de préparation eut l'idée de provoquer de nombreux rapports sur les questions à l'ordre du jour.

Le *but professionnel* était l'étude des questions intéressant exclusivement le corps de l'Internat. La discussion de ces questions prit une si grande extension qu'en 1907 le bureau, sur la proposition de son président Verchère, décida la création de séances d'intérêts professionnels, que je proposai à l'Assemblée Générale du 30 mai 1907 et qui fut adoptée. De ce point de vue, la disparition de la Société de l'Internat est très regrettable, les séances de ce genre n'étant guère possibles en dehors d'une société se réunissant régulièrement dans un but scientifique.

En 1905, fut créée une Commission de déontologie qui fit fonction de conseil de famille, première réalisation du Conseil de famille de l'Internat établi par l'Association amicale il y a quelques années.

Le *but de propagande* se trouva rempli par l'organisation de réunions, de soirées artistiques et autres, à la fois pour augmenter les relations des internes et anciens internes entre eux et, plus encore, pour faire connaître l'institution de l'Internat au grand public qui l'ignorait. Une commission présidée par Maurice de Fleury organisa une *fête magnifique* le 4 mai 1907, dans les salons du Ministère de l'Intérieur, mis gracieusement à notre disposition par Clemenceau ; elle laissa un excédent de recettes dépassant deux mille francs-or.

La création de *Conférences* auxquelles fut invité le grand public, et dont quelques-unes furent faites par des conférenciers non médecins ou échappés de la médecine, tels que le Prince de Monaco, Amboise Collin, professeur à la Faculté de droit, Mesureur, Charcot, Doisy, connurent jusqu'à la fin un succès ininterrompu.

Le résultat cherché fut obtenu et le 29 décembre 1910 je pouvais dire : « Chaque mois, nombre de journaux politiques citent la Société de l'Internat. A la plupart des conférences mensuelles viennent assister des personnes étrangères à la médecine et qui font ainsi connaissance avec l'Internat des Hôpitaux de Paris, qu'elles ignoraient souvent ou connaissaient à peine. ».

La Société obtint de plusieurs Compagnies d'Eaux minérales des bourses pour le V. E. M.

La Société avait un bulletin mensuel qui atteignit 350 pages en 1908 et 360 en 1912 ; sur mes inspirations, il était largement illustré.

La Société de l'Internat ne reprit pas après la guerre : les tribunes des grandes Sociétés s'étaient largement ouvertes aux jeunes et d'autres sociétés, en particulier celle des chirurgiens de Paris, s'étaient fondées. Elle laissa une somme intéressante qui fut versée à l'Association Amicale « pour adoucir le

sort de quelques vieux collègues en détresse, de veuves sans ressources, d'orphelins sans appui ».

Le Referendum contre l'anonymat au Concours de l'Internat. — L'Administration de l'Assistance Publique, à côté de grands avantages, a pour inconvénient d'être obligée de recruter un très nombreux personnel médical. Comment le choisir en dehors du concours ? Quand la corporation médicale sera définitivement établie, et tout fait espérer qu'elle le sera dans quelques années, l'Administration s'adressera directement à elle pour l'emploi de toutes les places médicales dont elle dispose. En attendant, elle doit se mettre à l'abri de toutes les critiques, justes ou injustes, qui peuvent lui être adressées dans le mode de recrutement auquel elle a recours. Si, pour la nomination des chefs de services, un concours sur titres et des épreuves pratiques peuvent suffire, pour les jeunes, étant donné surtout leur nombre, les épreuves théoriques sont quasi fatales. L'idée de l'anonymat pour le concours de l'Internat ne pouvait donc qu'être acceptée par l'Administration. Les médecins, dégagés de toute responsabilité administrative, considérant que dans le médecin il faut voir autre chose qu'un récitateur de questions, n'ont pas accepté dans leur ensemble le système de l'anonymat pour l'Internat et chaque année se lisent, dans les journaux médicaux, des critiques fort justes, écrites par des membres du jury, sur le système actuel qui serait immédiatement réformé, si la corporation médicale existait.

Très persuadé de cet état d'esprit, j'ai obtenu en décembre 1932, du Comité de l'Association des Internes et Anciens Internes, l'organisation d'un referendum sur l'anonymat du concours de l'Internat. Le referendum a été préparé en trois jours et les réponses sont les suivantes : 1.314 contre l'anonymat, 300 pour l'anonymat, 5 abstentions.

Cette explosion contre l'anonymat a une raison principale, d'ordre psychologique. Pour le médecin comme pour le malade, la personnalité tient le premier plan. Commencer le premier grand triage pour former l'élite scientifique médicale parmi des candidats invisibles choque et choquera toujours le véritable esprit médical. Dans l'exercice de la médecine, même dans les hôpitaux, il y a autre chose que nos connaissances scientifiques, d'ailleurs si souvent précaires et changeantes. J'ai eu le bonheur d'avoir pour premier maître M. le Professeur Tillaux et le grand enseignement qu'il m'a donné est celui

de la *bonté,* dont il savait entourer les malades et les élèves, et qui le faisait adorer, le mot n'est pas trop fort.

Le combat contre l'anonymat doit donc être énergiquement continué, mais il faut soumettre à l'Administration un autre projet que celui du retour à l'ancien système qu'elle n'accepterait pas avec raison, dans les conditions actuelles, si différentes de celles d'il y a trente ans, ne serait-ce que du point de vue du nombre des candidats, sans parler des idées psychologiques nouvelles dont il faut tenir compte.

V. — VOYAGES ET PROPAGANDE A L'ÉTRANGER

De très bonne heure, j'ai fait des voyages et des séjours à l'étranger, tant pour compléter mes connaissances sociales et scientifiques que pour contribuer, dans la mesure de mes modestes moyens, à établir des liens amicaux entre la France et les autres pays, et y propager nos idées. Il y a un demi-siècle, les Français sortaient fort peu et, lors de mon premier séjour en Allemagne, au début de 1892, bien rares étaient les jeunes médecins qui gagnaient l'Allemagne ou l'Angleterre pour y suivre des cours.

Organisation des premiers voyages en groupe de médecins à l'étranger. — J'avais fait, dès mes premiers séjours à l'étranger, une récolte de faits si intéressante que je songeai bientôt à organiser, dans les pays limitrophes, des voyages en groupe de médecins, analogues à ceux que venaient d'instituer le Professeur Landouzy et Carron de la Carrière pour la visite de nos stations thermales. Le Comité de *La Presse Médicale* voulut bien accepter ma suggestion et patronner le *premier voyage aux Universités françaises et étrangères* qui fut annoncé pour la première fois dans le numéro du 26 janvier 1901. Ce voyage comportait des visites de Faculté et d'hôpitaux à Lille, Liége, Cologne, Bonn, Heidelberg et Strasbourg. Le départ eut lieu le 5 mai ; le chiffre des membres, primitivement fixé à 50, avait été largement dépassé. Le succès couronna les efforts, malgré les craintes de beaucoup : « Je ne croyais guère à la réussite de notre entreprise et je me demandais si Jayle ne se leurrait pas quelque peu. Eh bien, Jayle avait raison », écrit Romme dans le compte rendu du 8 mai, compte rendu qui fut suivi de la description de tout ce que nous avions vu dans les Universités visitées où nous avions été reçus très chaleureusement.

L'année suivante, en 1902, j'en ai organisé un second à propos du Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique de Rome, où, grâce à ce voyage,

la France tint de beaucoup la première place, dépassant largement l'Allemagne, peut-être pour la première fois. Annoncé le 9 juillet 1902, ce voyage eut lieu du 9 au 23 septembre et comporta la visite de Gênes, Salsomaggiore, Florence, Pise, Rome et Turin. De longs comptes rendus de ce voyage furent donnés dans *La Presse Médicale* et le dernier se traduisit par un article que j'écrivis avec Gottschalk sur « Impressions Médicales dans les Musées d'Italie », paru dans un des premiers numéros en couleurs de ce journal, le 11 mars 1903.

Ainsi furent organisés les premiers voyages en groupes de médecins d'un pays dans un autre.

En mars 1904, M. Klefstad-Sillonville me fit part de l'organisation d'un voyage à Londres que je soutins et qui fut présidé par M. Triboulet ; il eut lieu du 9 au 13 octobre. Le compte rendu en fut donné par M. Jarvis dans *La Presse Médicale* (1er octobre et suivants).

A ce voyage de Londres, les Anglais répondaient par un voyage à Paris (10-13 mai 1905), qui fut l'occasion d'une manifestation franco-britannique terminée par un grand banquet de clôture au Grand-Hôtel, auquel se fit représenter le Président de la République et assista l'Ambassadeur d'Angleterre.

Depuis, d'autres voyages du même genre ont été de temps en temps organisés. Cette année 1936, j'ai pu, avec la Société française de Gynécologie, conduire à Londres un groupe de cinquante congressistes (Congrès français de Gynécologie, 20-23 mai) et en octobre (9-15) une délégation au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Milan, où le Président de la Société française a été nommé par acclamations Président de la séance de Gynécologie.

Voyages en Allemagne. — L'étude des institutions allemandes a été l'objet de mon attention depuis 1892, date de mon premier séjour en Allemagne, où je suis allé six fois, la dernière en 1922. Dans la *Gazette des Hôpitaux* (28 mai 1892), j'ai donné une longue *description des Cliniques et des grands Hôpitaux de Berlin*, que j'avais d'autant pu mieux juger que j'avais suivi les cours de Virchow, de Bergmann, d'Olshausen, de Martin, etc. La supériorité des installations allemandes n'était pas niable. Dix ans après, en 1901, j'écrivis de Berlin à *La Presse Médicale*, le 15 avril, une lettre qui parut le 20 et dans laquelle je disais : « Au cours des deux derniers lustres, les progrès accomplis à Paris sont tels que non seulement la comparaison est devenue possible en toutes choses, mais qu'au point de vue chirurgical en particulier,

rien n'est plus à envier à l'art allemand. » En même temps, je mentionnais les nouvelles constructions hospitalières dont le *nouveau pavillon d'opérations de Moabit*, d' « une ampleur absolument inconnue de nos archichectes », et le *nouvel Institut anatomo-pathologique de Virchow*.

Mes voyages en Allemagne eurent deux conséquences : 1° une campagne pour la création de Cours de vacances et de perfectionnement, qui réussit ; 2° une campagne continue contre notre système de concours qui a toujours échoué.

Les Cours de vacances et de perfectionnement. — L'Institution qui m'avait le plus frappé à Berlin, en 1892, était celle des Cours de vacances donnés dans toutes les cliniques et polycliniques de la ville, en mars et en septembre. Dans mon article de la *Gazette des Hôpitaux*, je disais : « Pourquoi ne pas organiser chez nous des cours analogues ? Pour peu que nous tardions à le faire, les docteurs étrangers déserteront de plus en plus nos services, et, quand on y songera enfin, ils ne connaîtront plus que la route de Vienne et de Berlin et notre influence scientifique en sera d'autant plus diminuée. » Je proposais même de faire remplacer les étudiants en fonction dans les hôpitaux par un jeune docteur étranger ou français, pendant leurs vacances.

Durant mon internat et les années qui suivirent, je cherchai à établir un rudiment de cours de ce genre, mais je dus me contenter de cours particuliers. La principale raison objectée était que *le cours devait être payant*, parce que celui qui le donne a droit à une rémunération et que celui qui le reçoit le suit avec d'autant plus d'assiduité et d'attention qu'il paie.

Je pris occasion de mon voyage à Berlin, en 1901, pour recommencer la campagne des cours cliniques de vacances et de perfectionnement. Les conditions étaient meilleures. Le Conseil Municipal était saisi par M. Jules Auffray de la proposition de la création d'uu Institut Municipal de Médecine appliquée dans lequel seraient organisés, à l'usage des docteurs, des cours d'une durée maxima de un à deux mois, ayant pour objet l'enseignement synthétique de spécialités médicales. Dans un article du 24 juillet 1901 de *La Presse Médicale*, je donnais tous les détails de ce projet d'Institut en concluant : « Que les esprits progressistes se comptent, se groupent et défendent l'idée. »

Trois jours après (27 juillet), je fis paraître le *tableau des 163 cours berlinois*, échelonnés de 7 heures du matin à 9 heures du soir, en mars 1901. (*La Presse Médicale*, 27 juillet 1901.)

En mi-août, j'envoyai une circulaire *à tous les chefs de clinique et à tous les prosecteurs*, pour leur proposer d'organiser un cours de vacances. Nous fûmes suffisamment nombreux pour établir un programme et j'allai demander au Doyen, M. Brouardel, l'autorisation d'afficher la liste des cours à la Faculté. Tout en acceptant et approuvant la demande, le Doyen me répondit qu'il faisait un rapport au ministre sur ces cours, mais n'accepta pas l'affichage.

Cet échec ne me découragea pas et je continuai ma campagne.

Le 14 septembre, je publiai un article sur les *Cours gratuits de perfectionnement à Berlin*, destinés aux médecins, durant deux à trois mois, à raison d'un cours d'une heure et demie par semaine. (*La Presse Médicale*, 14 septembre 1901.)

Le 16 novembre, je pus annoncer que la Faculté de Paris devait organiser l'année suivante, en 1902, des cours payants d'enseignement clinique, régulièrement institués, en faisant appel aux jeunes.

« Tous les amis du Progrès applaudiront à cette réforme capitale de l'Enseignement de la Médecine, et ils seront reconnaissants à la Commission des professeurs de notre Faculté qui, par un formidable coup de barre, orientent vers un nouvel horizon la pédagogie médicale. Plus ne sera besoin à tous les amis de la France d'aller de par delà le Rhin quérir des cours de perfectionnement. » Depuis quelques années existaient à la Faculté un certain nombre de cours payants et j'écrivais : « Si je ne me trompe, l'initiative en revient au Professeur Cornil, dont les idées progressistes sont bien connues. Successivement, se sont institués un certain nombre de cours payants qui ont réussi. Dois-je citer les cours de bactériologie fondés par MM. Chantemesse et Widal, les cours de médecine opératoire organisés par le Professeur Terrier et M. Hartmann, les cours d'obstétrique et de gynécologie établis par le Professeur Pinard, et, à la Sorbonne, les cours de médecine opératoire expérimentale institués par M. Tuffier ? »

Faire pénétrer l'enseignement payant dans les hôpitaux était une révolution et je rappelai le cas de M. Mathieu « qui fait un cours pratique, payant, des maladies d'estomac, mais doit se confiner dans son laboratoire ». J'ajoutais que c'était une occasion pour le corps médical des hôpitaux de jeter hors de ses gonds la porte qui barre à la Science son entrée dans les salles des malades, racontant la savoureuse anecdote du Professeur Cornil, qui, étant interne de première ou deuxième année, s'avisa de faire à l'hôpital une conférence gratuite d'internat : grave événement pour l'époque que de transformer un hôpital en un local d'enseignement ; démêlés entre l'interne, le directeur et, finalement, le directeur général, devant lequel l'interne tient bon, et qui déclare qu'il fermerait les yeux ! (*La Presse Médicale*, 16 novembre 1901.)

L'année scolaire 1902 se terminant sans l'ouverture de ces cours, je fis un nouvel article dans la *Presse Médicale :*

Faire des cours de perfectionnement, établir des cours de vacances, c'est contribuer à l'expansion de l'influence française. Tous les amis de la France attendent depuis longtemps ces institutions, et, à l'appui de ce dire, parmi beaucoup de lettres que j'ai reçues à ce sujet, je citerai un extrait de celle que m'adressait dernièrement M. Vic, de San-Sebastian : « Elève de Paris et fixé en Espagne depuis huit ans, je vais tous les ans me retremper aux sources de la vraie lumière. Si les cours de vacances s'ouvraient, je m'inscrirais volontiers... Vous ne sauriez croire combien cette bonne idée fera de bien à l'influence française, car, ici, tout est allemand, surtout en médecine, étant donné les facilités qu'on offre à Berlin et ailleurs en Allemagne aux médecins étrangers. » (*La Presse Médicale*, 14 juin 1902.)

Pendant les vacances, je pus enfin, avec Leredde, mettre sur pied un ensemble de dix cours, mais d'ordre privé, dont faisaient partie MM. Rochon-Duvigneaud, Soupault, Souligoux, Zimmern, etc., etc. Tous les cours furent faits aux Sociétés Savantes, même ceux des médecins et chirurgiens des hôpitaux ; seul, le mien eut lieu à l'hôpital Broca, dans la clinique de mon maître M. le Professeur Pozzi et grâce à son soutien : *ce fut le premier cours clinique payant fait dans une clinique de la Faculté.*

Dans le numéro de *La Presse Médicale* du 1er octobre 1902, je donne le programme de ces dix cours, ainsi que le cours de gynécologie de M. Potocki à la clinique Baudelocque, celui de diagnostic bactériologique de M. Fernand Bezançon et de M. Griffon, celui d'anatomie pathologique de MM. Brault, Letulle et Milian, au laboratoire de M. Cornil, celui d'électrothérapie de M. Zimmern à l'hôpital Broca, signalant en même temps les travaux de laboratoire accordés aux étudiants sur demande faite au doyen. Je rappelais en même temps que le Professeur Landouzy, dans le courant du mois de septembre, avait organisé une série remarquable de conférences dans son service.

A partir de l'année 1903, les cours de perfectionnement devinrent courants et connurent un succès qui ne s'est jamais démenti (1).

La réforme des concours. — Ma connaissance des institutions allemandes, à laquelle se joignit bientôt celle des institutions anglaises et américaines, m'amena, dès la fin de mon internat, à tenir notre système de concours basé sur des épreuves orales et écrites pour une perte considérable de temps, tant

(1) Pour l'année 1937, le programme des cours complémentaires et de perfectionnement de la Faculté comprend vingt pages à deux colonnes de texte serré, en format petit in-4°.

pour les juges que pour les candidats, en même temps qu'il tendait à détourner les esprits moyens des recherches scientifiques pures, toute leur attention étant consacrée à des exercices de mémoire et à la préparation minutieuse des questions pouvant être données. Personnellement, j'avais été frappé d'avoir eu une note excellente dans mes deux concours de l'internat sur la muqueuse utérine et le pancréas, alors que je n'avais vu, tant macroscopiquement que microscopiquement, ni une muqueuse utérine ni un pancréas. L'idée d'une réforme me hanta.

Pensant bien qu'il fallait aller progressivement, je saisis, en 1896, le Comité de l'Association de l'Internat d'un projet d'admissibilité définitive, dans le but de réduire au minimum la durée des épreuves théoriques. Les professeurs Bouchard et Brouardel défendirent l'admissibilité définitive au sein du Comité et une Commission fut nommée, composée de MM. Marie, Feulard et moi. La Commission se réunit, mais n'aboutit pas.

Le 27 avril 1897, j'envoyai à tous les concurrents une circulaire dans le but de faire voter par eux le principe d'admissibilité définitive étendue à un grand nombre de candidats. La circulaire recueillit l'approbation de vingt candidats en médecine, neuf en chirurgie et six en accouchements. Par contre, je reçus quelques lettres *aimables*, telle celle-ci : « Je me refuse formellement à signer l'*élucubration* qui m'a été envoyée et qui a été délibérée par je ne sais qui, et en tout cas par un candidat qui n'avait pas le droit d'imposer son projet à tous. » Le vœu, avec ses trente-cinq signatures, fut envoyé à l'Administration. La circulaire fut le point de départ d'articles multiples, de réunions, de discussions, qui eurent toutes leur écho dans *La Presse Médicale* de 1897. MM. Joffroy, Letulle, Marfand, Siredey soutinrent le principe de l'admissibilité. Sept ans se passèrent et, en 1904, l'*élucubration* était réalisée par l'Administration, mais non sous sa forme définitive, ce qui fut regrettable. (*La Presse Médicale*, 30 janvier 1904.)

Durant mon internat, j'avais évité les concours d'adjuvat et de prosectorat, me contentant ultérieurement des fonctions d'aide d'anatomie bénévole à l'amphithéâtre des hôpitaux, qui me permirent d'étudier parfaitement l'anatomie.

Aimant toujours les faits, je m'inscrivis cependant à une Conférence ; à la première séance à laquelle j'assistai, fut donnée la question : abcès des os. Toute la soirée se passa à savoir comment il fallait comprendre la question ; cela me rappela les discussions du Moyen-Age et, dès lors, je ne fus qu'un irré-

gulier qui se retira bientôt. J'écrivis, quelques années plus tard, deux articles critiques : Les Concours, l'Esprit de Fondation, les Epreuves. (*La Presse Médicale*, 6 avril 1902. — La Fémorale à l'Anneau, *La Presse Médicale*, 14 mai 1902.)

Au *premier Congrès des Praticiens* de 1907, je fus chargé d'un rapport sur : L'organisation médicale de l'Enseignement en Allemagne au point de vue professionnel et pratique : comparaison avec l'Enseignement médical français. Je lus ce rapport dans la séance du 12 avril. Dans la première partie, j'étudiai l'enseignement clinique en Allemagne et en France. Ma conclusion est que « l'enseignement clinique français est éminemment supérieur à l'enseignement clinique allemand ».

La seconde partie a trait aux *cours de vacances*, aux *cours de perfectionnement* et aux *Académies de Médecine pratique*, ces dernières inconnues en France.

Les Académies de Médecine pratique possèdent des laboratoires de tous genres et des cliniques ayant à leur tête des professeurs « chargés de faire des cours et surtout de donner un enseignement pratique » et je donnai les statuts de l'Académie de Cologne qu'avait bien voulu m'envoyer le professeur Siegert. Ces Académies ne faisaient pas passer d'examen et ne délivraient aucun diplôme ; elles perfectionnaient les praticiens et leur permettaient de faire des travaux scientifiques.

La troisième partie du rapport est celle de l'organisation universitaire même. A la base, le Privat-Docentisme.

Tout médecin se destinant à l'enseignement doit être nommé Privat-Docent ; pour obtenir ce titre, il faut l'agrément d'un chef, présenter un travail imprimé important, faire une leçon orale sur un sujet préparé devant un jury de l'Université. Les Privat-Docent le restent toute leur vie ; ceux qui se sont signalés par un enseignement et des travaux remarqués deviennent professeurs. Donc, *pas de concours*, d'où production scientifique considérable, le temps passé à l'étude des questions se trouvant transformé en travaux scientifiques qui alimentent des périodiques nombreux qui vont jeter à tous les coins du monde les résultats patents du travail allemand. J'insistai aussi sur la possibilité pour un médecin praticien allemand de gagner le titre de professeur de l'Université et à notre grand Duchenne de Boulogne, qui ne reçut jamais aucun titre, j'opposai Koch, médecin sanitaire de la province de Posen, nommé professeur honoraire de l'Université de Berlin, et je terminai en disant : « C'est une constatation bien curieuse que de voir des procédés démocratiques appliqués dans un Empire et rejetés dans une Démocratie. »

Ce rapport n'eut qu'un succès d'estime et le système des concours s'est développé au point que les internes en chirurgie se gardent bien de faire une année en médecine qui leur ferait perdre un chef dans un concours futur, les médecins agissant réciproquement de même.

La science médicale française ne fera que perdre à ce système. Nous avons pourtant sous les yeux l'Institut Pasteur. où le concours n'existe pas : que n'en est-il pas sorti depuis quarante ans !

Voyages en Angleterre. — Je me suis rendu en Angleterre en 1899, spécialement pour étudier l'*institution des nurses*, et j'ai visité Londres et Edimbourg. A Edimbourg, j'ai remarqué que dans les salles d'enfants, les nurses jouaient du piano pour les distraire ou les calmer et un assistant me fit remarquer que, même dans les cas graves, la musique douce donnait d'excellents effets. Faisant à cette époque, et à l'occasion, de la médecine générale en clientèle, j'ai appliqué cette méthode qui m'a donné de bons résultats et ai cherché, à cette époque et sans succès, à la propager. En mai 1936, j'ai eu l'occasion de voir que le piano est remplacé par des disques, mais la musique est toujours prisée.

En 1901, je me rendis au Congrès annuel de la *British Medical Association*, qui se tenait à Cheltenham, où je fis une communication sur la position scapulo-déclive en gynécologie et où je fus frappé de l'ampleur donnée à l'exposition médicale et chirurgicale qui se tenait durant la durée du Congrès.

Voyages en Suisse. — J'ai fait plusieurs voyages en Suisse, dont le plus important fut celui de 1896, où j'étais envoyé par *La Presse Médicale* pour le *Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique* (31 août-5 septembre). J'en rapportais l'idée de l'*Incision esthétique transversale intrapileuse dans la laparotomie* pour les petites lésions gynécologiques, pratiquée depuis deux ans par Rapin sur sept malades sur lesquelles il fit la castration unilatérale ou bilatérale, la salpingotomie, l'ignipuncture de l'ovaire, et une fois la castration bilatérale avec énucléation de fibrome. M. Kustner l'avait également recommandée pour l'hystéropexie, mais sans indiquer depuis combien de temps il y avait recours, si bien que la priorité est en faveur de Rapin. Je la décrivis en détail dans *La Presse Médicale* (16 septembre 1896, n° 76, p. 480) et je la pratiquai dès que j'en eus l'occasion.

Voyages en Belgique et Hollande. — Des multiples voyages que j'ai faits en Belgique et en Hollande, je signale celui du 8 août 1899, où j'ai

assisté comme représentant de *La Presse Médicale* au Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique d'Amsterdam, dont j'ai donné le compte rendu dans *La Presse Médicale* et celui de Liége auquel j'ai déjà fait allusion et dont le compte rendu a signalé particulièrement son *Institut d'Anatomie*, supérieurement organisé à cette époque.

Voyages en Italie. — Les deux voyages que j'ai faits en Italie ont eu essentiellement pour but la propagande française (pages 41 et 42).

Voyages en Autriche - Hongrie. — Je me suis rendu deux fois en Autriche-Hongrie, la première fois à Vienne, en 1897, spécialement pour étudier les *installations de radiologie* et les résultats qu'on en obtenait. C'est depuis cette époque que je me suis toujours intéressé à la radiologie. Les faits dont j'avais été témoin et dont j'ai fait part à mon maître M. Pozzi ont eu peut-être pour conséquence de déterminer mon maître à créer dans son nouveau service de l'hôpital Broca un petit centre radiologique qui fut confié à M. Zimmern.

La seconde fois, je me rendis à Budapest en 1907, où je vis réalisé un plan parfait d'hygiène urbaine.

Voyages en Russie. — J'ai fait deux voyages en Russie, l'un en 1897, du 19 au 26 août, lors du Congrès International de Médecine, où je fus nommé *Secrétaire Général du Comité français*, et j'en ai donné le compte rendu, avec MM. de Massary et Rist, dans les numéros 71 à 82 de *La Presse Médicale*.

Dans le numéro du 11 septembre, sous le titre : « Les Français à Moscou », j'ai fait remarquer que « nous étions à peine 200 Français sur 6.000 congressistes, contre 800 Allemands et 800 Autrichiens. Malgré l'alliance franco-russe, les Français n'ont pas eu la moindre réception spéciale et, dans les deux grandes soirées données en l'honneur des congressistes, ils ont pu assister à l'ovation répétée de grands maîtres qui n'étaient pas les leurs. Sans doute, la poignée de Français qui se trouvait là sut forcer les applaudissements à toutes les séances de section, mais, si les 6.000 médecins réunis au pied du Kremlin ont pu emporter une haute idée scientifique de la France, ils garderont peut-être une plus forte impression de la puissante organisation allemande ».

M. Gilbert Ballet, dans un article du 20 octobre de *La Presse Médicale*, insista aussi de sa voix autorisée sur notre manque d'organisation.

En 1910, je me rendis au Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique de Saint-Pétersbourg, qui s'ouvrit le 22 septembre. Mon maître Riche-

lot, délégué officiel et empêché par une maladie, m'avait chargé de le remplacer ; étant arrivé après l'ouverture, je trouvai les quelques Français présents complètement désemparés et je pus en faire une équipe, petite mais éminemment active.

Le Congrès se tint à l'Institut de Gynécologie et d'Obstétrique. Comme lors du Congrès de Moscou, les Français étaient en nombre infime, mais nous fîmes des communications en quantité assez marquée pour que la France ait pu tenir sa place. J'y soutins en particulier la supériorité de la laparotomie sur la cœliotomie vaginale dont se réclamaient à la fois les Allemands et les Russes. (*La Presse Médicale*, 28 septembre 1910, p. 787.)

Je rapportais de Pétersbourg les instruments de de Ott destinés à l'éclairage interne du bassin par la voie vaginale et je donnais à cette cœliotomie avec valve éclairante le nom d'*endopélyscopie*. (*Presse Médicale*, 9 novembre 1910, p. 841, 8 figures.)

Voyages en Orient. — En l'automne de 1907, après avoir fait un séjour à Athènes, je me rendis à Constantinople et, de là, je fis une incursion en Asie-Mineure.

Sous le titre *Impressions d'Orient*, j'ai donné de mes visions à Constantinople, dans les numéros 18 et 19 de la *Chronique Médicale* de 1908, un récit de vingt-quatre pages avec quinze figures. Du point de vue médical, j'attirais l'attention, après beaucoup d'autres d'ailleurs, sur les ablutions rituelles et l'importance des bains chez les musulmans ; l'usage de l'eau est d'un tel besoin que des legs pieux sont faits souvent par les Turcs pour l'établissement de fontaines publiques. Le lavage bi ou tri-quotidien des pieds et des mains à l'entrée de la Mosquée attira si vivement mon attention que j'ai été amené depuis à l'introduire régulièrement dans la thérapeutique des troubles vasculaires des extrémités, qui sont si fréquents chez la femme, et que j'ai plus particulièrement recherchés à la suite des remarques que j'avais faites à Constantinople.

J'avais aussi remarqué la quantité et la rapidité des mouvements de flexion et d'extension des membres, au cours des prières, qui doivent entretenir la souplesse du corps. Cette idée du mouvement dans la prière trouve son maximum de développement dans les cérémonies des derviches et je donnai une description d'une scène des derviches hurleurs qui arrivent à exécuter si rapidement des mouvements de flexion du corps en avant et en arrière que j'en comptais 47 à la minute et des petits sauts si répétés que j'en relevais 134 à la minute, soit plus de deux à la seconde. Le tout se terminait par une scène de thérapeutique religieuse. La solidité proverbiale de la race me parut en rapport avec ces habitudes hygiéniques d'ablutions, de mouvements, auxquels il faut joindre l'abstention de l'alcool.

En terminant, j'établissais entre la propagande française et la propagande

allemande en Orient un parallèle qui n'était pas en notre faveur et dont le résultat en 1914 se fit cruellement sentir. Je faisais remarquer que les médecins de l'hôpital français de Constantinople avaient dû établir *eux-mêmes* un service d'électrothérapie, fabriquant les piles, ajustant les appareils et que l'hôpital ne possédait même pas une bibliothèque !

Mon incursion en Asie-Mineure m'amena plus tard à faire paraître dans *La Presse Médicale* du 15 mars 1933 un article sur la *Faculté de Beyrouth,* dont je fis l'historique depuis sa fondation en 1883 et dans lequel je demandais que les médecins de Beyrouth venant s'installer en France soient pourvus du baccalauréat français (dont il est d'ailleurs tenu compte à la Faculté de Beyrouth), qu'ils passent une thèse et soient tenus à des études complémentaires en France leur permettant de connaître la pathologie de notre pays.

Voyages en Afrique du Nord. — Je me rendis en Afrique en 1933 dans un double but :

1° Pour accomplir une mission dont m'avait chargé la Confédération des Syndicats Médicaux français afin d'aplanir définitivement les difficultés incessantes qui survenaient entre les médecins civils et les médecins militaires, du fait de l'exercice assez fréquent de la médecine civile par ces derniers. Après diverses entrevues particulières avec le Secrétaire Général de l'Algérie, le Médecin Inspecteur Général, un Représentant de la Faculté, le Président de la Fédération des Syndicats d'Algérie, et une entrevue collective qui se tint dans le cabinet de M. le Secrétaire Général de l'Algérie, un projet d'entente fut élaboré et il a été exécuté dans la suite ;

2° Pour étudier les divers modes de la médecine civile en Algérie, l'organisation scientifique de la Faculté et des Hôpitaux d'Alger. J'ai rédigé un article assez complet sur la Faculté de Médecine d'Alger, l'organisation professionnelle d'Algérie et l'Hôpital de Mustapha, dont je fis l'historique en remontant au début du XVIe siècle (*La Presse Médicale*, 17 janvier 1934, avec neuf figures.)

VI. — JOURNALISME

Par le Journalisme, et en particulier par *La Presse Médicale*, j'ai pu soutenir maintes causes d'ordre social ou sociologique et aider, dans ma modeste mesure, à leur succès. Au cours de cet exposé, j'ai déjà indiqué les principales questions auxquelles je me suis particulièrement intéressé.

La Presse Médicale. — Dès sa constitution, en 1893, M. de Lavarenne m'avait pris comme secrétaire officieux et le Comité de Direction Scientifique m'a nommé officiellement Secrétaire en octobre 1896, puis, en janvier 1899, membre du Comité de Direction.

J'ai analysé, pendant de longues années, dans ce journal, les travaux de plusieurs Sociétés et des articles de journaux de langue anglaise. J'ai donné aussi, de 1894 à 1899, les comptes rendus des séances de la Société de chirurgie qui avaient lieu le mercredi et je les faisais paraître le samedi ; cette rapidité d'apparition a eu comme conséquence que les Bulletins de la Société qui, parfois, n'étaient publiés qu'au bout d'un mois, parurent dans la huitaine.

Je n'insiste pas sur la quantité innombrable d'articles divers que j'ai publiés depuis quarante ans passés et qui ne sont que le fait d'un journaliste averti.

La Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdomidale. — Elle a été fondée sous la direction de mon Maître Pozzi, en fin 1895, pour paraître au début de 1896. *Très partisan de l'illustration des publications médicales*, encore peu développée à cette époque, j'ai établi un contrat éditorial qui prévoyait l'insertion de tous les dessins et planches en noir et en couleur réclamés par les auteurs et, en plus, l'absence de toute publicité. Malgré les prévisions éditoriales, cette revue a pu durer vingt ans, jusqu'à la disparition de mon Maître, et elle comportait un grand nombre d'abonnés étrangers.

Le Bulletin de la Société de l'Internat (1904 - 1914). — Il fut également composé *avec toutes les illustrations jugées nécessaires* par les auteurs et il en est de même pour le *Bulletin de la Société Française de Gynécologie*, que j'ai fondée avec quelques collègues, il y a six ans.

ÉTUDES HISTORIQUES MÉDICALES

I° **Historique de la castration chez la femme** (*in* Effets physiologiques de la castration chez la femme. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,* 1897).

II° **Jean Hameau.** (*La Presse Médicale,* 20 juin 1900, avec 1 figure.)

III° **Les Armoiries des Chirurgiens de Saint-Côme,** avec six figures. (*La Presse Médicale,* 9 août 1900.)

IV° **La position déclive.** — J'ai proposé de remplacer par *position déclive* l'expression courante, au début du siècle, de position de Trendelenburg. L'idée d'élever le bassin pour mettre le tronc et la tête en déclivité n'est nullement une idée neuve ; elle est multiséculaire et je reproduis les textes très précis de Roger, Roland de Parme, Théodoric, qui datent de la fin du XIIIe ou du début du XIVe siècle. Depuis, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, Pierre Franco, Scultet ont continué à prescrire cette même position. Je l'ai depuis trouvée dans Celse, qui donne les principaux préceptes de l'Ecole d'Alexandrie.

J'ai également reproduit deux figures, l'une de Roland de Parme, l'autre de Scultet, qui utilisait le *plan incliné* en bois, en les faisant suivre de la figure de Trendelenburg, qui recommandait un mode d'élévation du bassin parfaitement inférieur à Scultet.

Cet historique a fait l'objet d'une communication au *Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique de Rome en* 1902, où, fait imprévu, trois chirurgiens allemands m'ont félicité en me disant : Trendelenburg n'a absolument rien fait de nouveau.

La *position déclive* est classique depuis au moins l'Ecole d'Alexandrie, qui la tenait peut-être des Egyptiens. Mais toujours elle a été obtenue en prenant point d'appui sur les membres inférieurs. Quelques chirurgiens allemands l'ont même utilisée, à la fin du XIXe siècle, exceptionnellement, pour pratiquer l'examen du bassin chez la femme, ce qui était très compliqué et ne permettait pas l'examen au spéculum.

J'ai eu l'idée de soutenir la malade en la calant au niveau des épaules et en élevant sa tête, de manière à diminuer la congestion. Ainsi est née *la position scapulo-déclive* (p. 93), le seul mode nouveau, depuis l'antiquité, d'obtenir la déclivité du corps. (*La Presse Médicale*, 25 juin 1902, avec douze figures, p. 603. *La Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, avec douze figures, n° 4, juillet 1902. *Congrès de Rome*, 1902.)

V° **Les chirurgiens sous Henri II.** (*La Presse Médicale*, 15 juillet 1903.)

VI° **Historique de l'Hystérectomie abdominale pour fibrome.** (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n° 1, 1904.)

VII° **Le Spéculum. Étude historique.** (*La Presse Médicale*, 10 février 1904, avec trente-deux figures.)

Dans cet article, qui comprend trente-deux figures, je donne les textes dc Suçruta, d'Hippocrate, du Talmud, de Philumène de l'Ecole d'Alexandrie, de Soranus d'Ephèse, d'Aétius, de Guy de Chauliac, de Guillemeau, de Scultet, d'Etmüller, de Dionis ; je reproduis les instruments d'Herculanum, d'Albucasis, de Guy de Chauliac, de Franco, d'Ambroise Paré, de Scultet, de Dupuytren, de Mme Boivin, de Guillon, de Charrière, de Ricord, de Cusco, de Ferguson, de Moulin, en même temps qu'une planche de Dionis où le spéculum est figuré et une enseigne d'un fabricant d'instruments de chirurgie du XVIIIe siècle où il trône en tête. Je donne la raison du succès du spéculum de Franco et je figure le nouveau modèle que j'ai fait fabriquer (p. 94).

VIII° **La dilatation congénitale idiopathique du côlon, observée au XVIIe siècle.** — Je publie avec deux figures un cas de cette anomalie congénitale que j'ai trouvé dans le recueil d'observation de Ruysch : *Observationum anatomico-chirurgicarum Centuria* (1691). Ce cas fait remonter l'historique de cette affection au XVIIe siècle et je conclus ainsi : La maladie de Hirschprung (1885) des Allemands peut aller rejoindre comme vieux-neuf la position de Trendelenburg des mêmes savants que figurait Rolando dès le XIIIe siècle. (*La Presse Médicale*, novembre 1909, avec deux figures.)

IX° **Chirurgiens américains et l'Hystérectomie abdominale pour cancer :** aperçu historique. (*La Presse Médicale*, 23 juillet 1917, avec trois figures.) Premier article contre la dénomination d'opération de Wertheim, avec rappel d'une phrase que j'ai écrite en 1908 dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, page 761 : « Je pense qu'il ne faudrait pas donner

le nom de Wertheim à une opération dont les points principaux ont été parfaitement indiqués par Ries, en 1895. »

X° **Note historique sur le Sac de Mikulicz.** — *Le Sac de Mikulicz n'est que le sac de Dupuytren et la tente de Maréchal n'est pas un sac.* — M. de Fourmestraux ayant prétendu que le sac de Mikulicz n'était autre chose que la « tente » dont se servait Maréchal, j'ai réfuté cette assertion en donnant l'historique des tentes, leur mode de confection et la publication d'une figure de Dionis représentant les « tentes et canules » à son époque. (*La Presse Médicale*, 5 mars 1921 et 9 mai 1928.)

XI° **A propos des greffes testiculaires.** — Dans cet article, je donne la théorie de Galien sur *la secrétion interne du testicule*, reprise par Haller et Tissot au XVIIIe siècle et je cite la « substantielle » brochure du Professeur Mauclaire sur « les greffes testiculaires chez les animaux et sur l'homme », relatant les expériences de John Hunter, Berthold, Philippeaux, Mantegazza, etc..., et je termine par le livre de Dartigues sur le greffage sexuel anthropoïdo-anthropique. (*La Presse Médicale*, 18 juillet 1925.)

XII° **Les devanciers de la doctrine microbienne au début du XVIIIe siècle.** (*La Presse Médicale*, 12 février 1927.)

XIII° **L'hygiène médiévale du Château des Papes.** (*La Presse Médicale*, 14 mai 1927.)

XIV° **Aperçu historique sur l'antisepsie et l'asepsie.** — Sous ce titre ont paru cinq articles. (*La Presse Médicale*, 29 août, 5, 12, 19, 26 septembre 1928).

XV° **Historique de l'Hystérectomie abdominale pour cancer du col de l'utérus.** — J'ai proposé la suppression pure et simple de l'expression *opération de Wertheim.*

Personne en France ne fait l'opération de Wertheim, qui comporte : dissection de l'uretère sur toute son étendue pelvienne, ablation de tous les tissus paramétriques, ablation du vagin sectionné tout près de la vulve, extirpation de tous les ganglions pelviens et iliaques.

L'idée de l'ablation large de l'appareil génital interne avec son paramètre et même certains ganglions n'appartient nullement à Wertheim ; cette idée avait été réalisée bien avant que Wertheim ait fait sa première opération. En 1881, Freund avait déjà enlevé des ganglions iliaques et proposé d'extirper le

tissu conjonctif et les ganglions du paramètre, c'est-à-dire de se comporter d'une façon analogue à la technique adoptée pour le cancer du sein. Au Congrès de Rome, en 1902, se basant sur son expérience de vingt-quatre ans, il écrit : « Il faut pratiquer à temps l'extirpation totale de l'utérus cancéreux avec le tissu conjonctif qui l'entoure et ses ganglions par la voie abdominale. » En 1895, Ries, ancien assistant de Freund, établi en Amérique, écrit : « Je considère l'ablation des ganglions comme condition essentielle de l'extirpation d'un cancer de l'utérus. » Cette phrase fait partie d'une communication faite par Ries à la Société des Médecins de Francfort. En 1897, dans la revue donnant le compte rendu de cette Société, Ries donne deux cas opérés par lui suivant ce principe. En 1895, après l'exposé de Ries, Rumpf pratique une hystérectomie avec ablation du paramètre et des ganglions. Clark relate en 1896 dix cas où l'ablation de ganglions devient un temps important. Cullen, dans son livre de 1900, écrit : L'opération radicale comme elle est décrite par Ries, Rumf, Clark...

Au Congrès d'Amsterdam, en 1899, le Professeur J.-L. Faure relate cinq opérations dont la première date d'août 1896 ; dans un cas, il a réséqué le vagin, disséqué les uretères sur 10 centimètres, mis à nu les vaisseaux iliaques des deux côtés et enlevé des deux côtés les ganglions pelviens, il recommande la ligature temporaire des deux artères hypogastriques. Jacobs relate trente-trois cas opérés de 1896 à 1899, avec évidement pelvien et ablation ganglionnaire, et il parle des ganglions iliaques, sacrés, hypogastriques.

Au Congrès international de Paris en 1900, Jonnesco écrit : L'hystérectomie abdominale sans évidement du pelvis est inutile. Reynier soutient la voie abdominale parce qu'elle permet d'enlever les ganglions, une plus grande étendue des culs-de-sac vaginaux et la totalité du tissu cellulaire sous-ligamenteux qui les double. Le Professeur Legueu cite dix hystérectomies abdominales dans lesquelles il a trouvé des adénopathies volumineuses bilatérales.

C'est Pfannestiel qui donna en 1901 le nom d'opération de Wertheim à l'hystérectomie abdominale pour cancer du col, avec évidement et ablation ganglionnaire ; mais Wertheim avait pratiqué sa première opération le 16 décembre 1898 et publié son premier mémoire en juin 1900. Or, tout a été dit et fait avant 1898. Le seul nom à donner à cette opération serait celui de Freund.

Sans nier la valeur de l'œuvre de Wertheim en Europe Centrale, il est prouvé qu'en Amérique le problème avait été posé et résolu avant le chirurgien allemand et qu'en France des chirurgiens, depuis 1896, avaient pratiqué l'hystérectomie avec évidement pelvien et ablation ganglionnaire.

La Société a décidé de ne plus employer l'expression *opération de Wertheim*, mais en demandant à ses membres de préciser, pour chaque cas, les exérèses faites. (*Bulletin de la Société française de Gynécologie*, 15 février 1932, pp. 53 à 68.)

XVI° **Historique de l'emploi des gants en Chirurgie.** — Période préliminaire (1878-1897) et période définitive (1897-1906). (*La Presse Médicale*, 27 février et 30 avril 1932.)

XVII° **La chirurgie abdominale primitive.** (*La Presse Médicale*, 1er *mars* 1933.)

XVIII° **La maison du médecin.** — Premier historique complet sur cette œuvre de bienfaisance. (*La Presse Médicale*, 13 décembre 1933, avec sept figures.)

XIX° **Le carnet de visite de Clemenceau.** — En 1934, j'ai fait à *l'Académie de Médecine* une lecture sur ce carnet de visites, en reproduisant le dessin qu'en avait fait Clemencau sur le plat d'avant et deux de ses pages. Ce carnet a un intérêt capital du point de vue historique parce qu'il prouve que, contrairement à ce que disent ses biographes, Clemenceau n'est pas venu d'Amérique lors de la guerre de 1870, puisqu'il a exercé en Vendée depuis au moins le début de novembre 1869 jusqu'au 10 août 1870. (*Bulletin Ac. de méd.*, 1934, p. 191.)

XX° **Clemenceau.** — Sa vie médicale. La lignée. La thèse. (*La Presse Médicale*, 23 mai 1934, avec six figures.)

XXI° **Les appareils de stérilisation chirurgicale.** — Sous ce titre ont successivement paru trois articles avec les sous-titres suivants : L'ÉTUVE SÈCHE, L'ÉTUVE HUMIDE SANS PRESSION, L'AUTOCLAVE, STÉRILISATION PAR ÉBULLITION. (*La Presse Médicale*, 1934 : 9 juin, avec une figure ; 28 juillet, deux figures, dont celle du premier autoclave de Chamberland ; 31 octobre.)

XXII° **Le nouvel Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français.** — Cet article, outre la description du nouvel Hôtel, donne le premier *historique complet* des efforts du Corps médical pour se constituer en un groupement corporatif, depuis le Congrès de 1845 à nos jours. (*La Presse Médicale*, 8 février 1936.)

ÉTUDES SCIENTIFIQUES

ANATOMIE

Anatomie morphologique de la femme. — Cette étude a fait l'objet d'un volume grand in-octavo, de 536 pages, comportant 530 dessins en 308 figures exécutés par Henri Bellery-Desfontaines, Henri Rapin et Gabriel Reignier, paru en 1918. Cet ouvrage, le premier de ce genre, m'a demandé vingt ans de travail et m'a entraîné à des frais importants. Il a été acheté dans le monde entier. Il a été largement cité par les gynécologues américains.

Walscheid, dans *Abdomino-Pelvic Diagnosis in Women*, ouvrage de 957 pages, avec 397 figures, paru à Saint-Louis en 1931, a reproduit en 37 figures 57 de mes dessins ; il a bien voulu me citer abondamment dans le texte en consignant tous les faits que j'avais observés et, quand il y a eu lieu, en donner mon interprétation. Dans ce livre important, il ne se trouve pas d'autre citation d'auteur européen, de même que dans l'ouvrage de Taussig.

Taussig, dans *Diseases of the vulva* (in-8, 223 pages, 107 figures, New-York and London, 1923) reproduit 7 de mes figures, dont 2 sur le Kraurosis.

Dickinson vient de publier un livre très documenté, l'*Human Sex Anatomy* (in-4 de 145 pages, doublé d'un magnifique atlas de 175 figures, Baltimore, 1933). Il reproduit plusieurs de mes figures et me fait l'honneur de m'accorder le maximum de citations, ajoutant, page 40 : Jayle's « Gynécologie. L'anatomie morphologique de la Femme », should be included in every reference collection or well equipped gynecological library ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Mon maître Letulle, dont j'ai été le stagiaire, l'externe et l'interne, m'a inculqué les connaissances fondamentales de l'anatomie pathologique qui est restée un de mes sujets d'étude.

Dégénérescence aiguë du foie chez les malades mortes après laparotomie dès les premiers jours et sans lésions de péritonite suppurée. – Ce petit mémoire de huit pages, publié avec M. Thiercelin, en juin 1894, à la Société Anatomique, contient dix observations personnelles. Il rentre dans l'étude générale que je faisais alors de la septicémie péritonéale post-opératoire. L'examen microscopique du foie permet de reconnaître l'existence d'altérations analogues à celles qu'on rencontre dans tous les états infectieux. Dans un cas de mort par grossesse extra-utérine rompue, six heures après l'intervention, il n'y avait pas de dégénérescence graisseuse du foie. De cette seule étude, la conclusion était que le schoc opératoire doit être bien rare, s'il existe, et que la mort après laparotomie est due à l'infection que semble bien prouver la dégénérescence graisseuse aiguë du foie.

Le solénome du ventre de la femme. — Une des affections néoplasiques les plus curieuses du ventre de la femme est l'existence de tumeurs très particulières qui se développent de préférence sur l'appareil génital interne, mais qu'on rencontre aussi dans le péritoine, sur l'appendice, sur le gros intestin, dans le vagin et dans la paroi abdominale. Ces tumeurs ont reçu les noms les plus divers, dont les derniers sont ceux d'endométriome et d'endométrioïde. J'ai proposé celui de solénome que je conserve parce que, contrairement à toutes les autres dénominations, il n'a aucune signification pathologique ni anatomique ; il rappelle simplement que les tumeurs sont essentiellement constituées de tubes épithéliaux (σωλήν, tube).

J'ai fait un historique complet remontant, du point de vue clinique, au XVII[e] siècle. Du point de vue histologique, après la publication de quelques cas sporadiques, dont le premier est de Babesiu ou Babés (1882), Recklinghausen a publié les premiers travaux importants sur ce sujet de 1893 à 1896 et a donné à ces tumeurs le nom d'adénomyome, dénomination adoptée par Cullen dans son beau livre de 1908. En France, Legueu et Marien (1896 et 1897) ont signalé les premiers la présence fréquente d'éléments glandulaires à l'intérieur et

même au centre de fibromes utérins jeunes, de ceux surtout qui sont encore proches de la cavité utérine ; ils admettaient que ces éléments proviennent de la muqueuse et sont une preuve de l'origine inflammatoire des fibromes.

En 1899, mon attention est attirée sur des nodosités observées au niveau des cornes utérines et, en 1901, après avoir recueilli huit observations complètement étudiées, je publie avec mon élève Kohn, qui, sur mes conseils, avait fait sa thèse sur le même sujet, *le premier travail français d'ensemble* sur ces nodosités des cornes utérines. Je montrai qu'il y en a deux variétés : l'une inflammatoire simple, l'autre adénomateuse, les deux se trouvant reliées par des cas mixtes. La variété adénomateuse fut complètement décrite et sa pathogénie entièrement étudiée. (Des nodosités des cornes utérines. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, 1901, Mémoires de 78 pages, avec 5 figures et 3 planches, dont 2 en couleurs.)

De 1926 à 1928, j'ai publié cinq grands mémoires sur le solénome : Dénomination et Historique, Pathogénie, Anatomie Pathologique, le Solénome de l'Intestin, le Solénome de l'Utérus. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai et juin 1926, janvier et août 1927, mai 1928, avec 154 figures.) En 1934, j'ai écrit dans *La Presse Médicale* un article sur le Solénome du Ventre de la Femme, avec six figures en noir et neuf en couleurs.

Kraurosis Vulvæ. — Il y a trente ans, la dénomination de kraurosis vulvæ créée par Breisky en 1885, était fort mal définie : en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, les auteurs rangeaient sous ce terme des cas très disparates, tandis que les Français s'en servaient si peu que les observations publiées n'atteignaient peut-être pas le chiffre de 10 ; en fait, la signification du mot manquait totalement de précision, leucoplasie et kraurosis étant confondus.

En 1906, à propos du Livre d'Or offert à mon maître Pozzi, j'ai écrit sur le Kraurosis Vulvæ un Mémoire qui a paru la même année dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, et qui était le résultat de quatorze ans d'observation. Il comporte trente-quatre pages, avec douze planches macroscopiques et microscopiques, dont une en couleur comportant quatre figures.

J'établis d'abord une distinction entre le kraurosis type, tel le kraurosis post-opératoire, et la leucoplasie type qui peut se compliquer ou non de kraurosis. Etymologiquement, le mot kraurosis signifie rétraction et il comporte essentiellement une sclérose accentuée de l'orifice vaginal et l'atrophie plus ou

moins marquée des petites lèvres. Il existe très souvent seul, mais il peut accompagner la leucoplasie.

Le point le plus important de ce mémoire a trait à la *pathogénie* et je soutiens que le kraurosis vulvae est une lésion d'ordre trophique déterminée soit par la suppression de la glande ovarienne, soit par l'hypofonction de cette glande : « Les femmes non ovariectomisées et qui présentent des phénomènes de kraurosis sont celles chez lesquelles les ovaires sont atteints eux-mêmes de lésions atrophiantes, et de nombreuses observations m'amènent à penser que *le kraurosis se développe chez les femmes dont les ovaires n'existent plus anatomiquement* (castration) *ou physiologiquement* (atrophie).

Cette pathogénie fut de suite acceptée par G. Thibierge en 1908 et en Angleterre en 1909 par Berkeley et Bonney, qui omirent d'ailleurs de me la rapporter, tout en me citant, et qui reçurent, de ce chef, les félicitations de l'Obstetrical and Gynæcological Section of the Royal Society of Medecine. Elle est aujourd'hui classique.

J'ai nettement séparé le kraurosis de la leucoplasie tout en faisant remarquer que l'association de ces deux affections se rencontre. (Jayle et Bender, Kraurosis et leucoplasie vulvaire. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, 1910, pages 523-536, trois figures en noir et une planche en couleur.)

Dans une communication à la *Société de l'Internat*, juin 1909, intitulée *De l'influence des ovaires sur l'état anatomique de la vulve*, j'ai encore insisté sur les diverses variétés de kraurosis, disant que « si la langue est le miroir de l'estomac, je me risquerais à avancer que l'orifice vulvaire est le miroir des ovaires ».

La Leucoplasie de la Vulve, du Vagin et de l'Utérus. – Dans un mémoire de quatre-vingt-douze pages, avec sept planches dont une en couleur, comportant ensemble quatorze figures, j'ai fait, en collaboration avec M. Bender, une étude complète de cette question, avec un historique commençant à 1837 et la narration de quarante-cinq observations. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, 1905.)

Ce *mémoire* a été *couronné par l'Académie de Médecine* en 1907 (prix Huguier). M. Richelot, dans son rapport, et M. Troisier dans son rapport général, l'ont apprécié ainsi : « C'est un travail original de grande valeur. La description clinique de cette affection y est exposée d'une façon très complète. L'anatomie pathologique mérite d'attirer l'attention. »

De la dégénérescence néoplasique des ovaires dans le cancer de l'utérus. — Dans ce mémoire publié avec M. Papin, je décris successivement : 1° le cancer de l'ovaire par propagation directe ; 2° le cancer de l'ovaire par métastase ; 3° le cancer primitif de l'ovaire coexistant avec un cancer de l'utérus également primitif ; 4° les tumeurs bénignes solides de l'ovaire : papillome et fibrome simple, dont je rapporte un cas unique à l'époque. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, 1904. Mémoire de 26 pages, 16 figures et une planche en couleur, 20 observations.)

Les kystes racémeux de l'ovaire. — Dans un mémoire de vingt-six pages en collaboration de M. Bender, j'ai publié une étude complète de cette variété rare des kystes de l'ovaire. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, 1903, deux figures dans le texte, une planche en couleur et quatre planches de coupes histologiques.)

Xanthome de l'ovaire. — En 1917, j'ai publié avec M. Yvan Bertrand un cas rare d'abcès de l'ovaire sur la paroi duquel se trouvaient de petites granulations faisant soupçonner la tuberculose. Il s'agissait de granulations graisseuses que M. Darier, à la lecture de l'observation, me démontra être un cas de xanthome. (*La Presse Médicale*, 9 août 1917, n° 45.)

Le cancer du corps de l'utérus d'origine placentaire (*chorio-épithéliome*) — Dans un article publié avec M. Halpérine, j'ai proposé de remplacer les diverses dénominations basées sur l'histologie pour désigner une variété de cancer du corps de l'utérus, due à la dégénérescence des éléments d'implantation de l'œuf fécondé, par une appellation simple et facile à comprendre pour la majorité des médecins : puisqu'il s'agit d'un cancer du corps de l'utérus, pourquoi ne pas dire simplement : cancer du corps de l'utérus ? Et puisque ce cancer prend naissance aux dépens de débris placentaires, il suffit, pour le différencier du cancer ordinaire développé aux dépens de la muqueuse utérine, d'ajouter : d'origine placentaire. (*La Presse Médicale*, 10 juillet 1919, p. 381, neuf figures.)

Le corps scléreux du corps jaune. — J'ai proposé cette dénomination pour distinguer les fibromes de l'ovaire des hypertrophies du corps jaune variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'un gros pois ; l'examen histologique montre une sclérose très riche en fibres collagènes et pauvre en cellules

fixes. J'ajoutais que le corps scléreux du corps jaune est un signe manifeste de la dégénérescence d'une lignée et que les femmes qui en sont atteintes sont fréquemment stériles ou ont une natalité réduite. (*Le Journal Médical Français*, 1925, page 309, deux figures.)

L'Ostéoplasie de l'ovaire. — Dans cet article, écrit en collaboration avec M. Halpérine, j'ai proposé la dénomination d'ostéoplasie pour désigner les néoformations osseuses qui se développent dans l'ovaire, dont je rapporte une nouvelle observation. Cette néoformation osseuse me paraît être un « accident » pathologique analogue aux variations brusques ou aberrations accidentelles constatées dans les races animales ; et cette aberration pathologique se rencontre chez les déficients, les sujets à tumeurs et les sujets à malformation génitale. (*La Presse Médicale*, 14 novembre 1928, page 1446, cinq figures.)

La grossesse tubaire et intraligamentaire après le 5e mois. — Dans ce mémoire, paru en 1900 et publié avec M. Delherm, sont rapportées vingt-neuf observations divisées en grossesse tubaire et grossesse intra-ligamentaire, comportant un cas personnel pour chacune des deux variétés. Les traités classiques de l'époque étaient peu explicites sur cette question. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, Mémoire de 52 pages avec 6 figures.)

La grossesse tubaire bilatérale. — Ce mémoire, qui paraît être le premier écrit sur la grossesse tubaire bilatérale, a été rédigé avec la collaboration de M. Nandrot et comporte une observation personnelle. Vingt-huit observations ont pu être collationnées, dont deux remontent à 1595 et à 1747, la troisième étant de 1853 et la quatrième de 1885. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, 1904, Mémoire de 32 pages avec 6 figures.)

Sur la torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire. — Petit mémoire, écrit avec M. Bender, sur la torsion des tumeurs solides de l'ovaire, torsion à peine consignée dans les traités classiques de l'époque et qui, à notre connaissance, n'avait jamais fait l'objet d'un travail spécial. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, 1904, avec une figure.)

Varia. — J'ai fait un assez grand nombre de communications à la *Société Anatomique*, à la *Société de l'Internat*, en même temps que quelques articles dans *La Presse Médicale* sur une série de cas intéressants, mais n'ayant pas de portée générale.

BACTÉRIOLOGIE

Mes maîtres en bactériologie ont été mes amis Veillon, Lesage et Macaigne.

En 1890, Veillon et moi avons publié le *premier cas d'abcès dysentérique du foie à bacterium coli.* (*Bulletin de la Société de Biologie*, séance de décembre 1890, paru en janvier 1911.)

En 1893, j'ai publié, avec Raffray, un cas de *phlegmon du ligament large post-puerpéral à streptocoque.* (*Bulletin Société Anatomique*, 1895.)

En 1893, je publie un cas de *Méningite à pneumocoques sans pneumonie.* — Le pneumocoque seul a été trouvé dans les méninges ; dans le sang du cœur gauche, pneumocoque en chaînettes fréquentes. (*In* Thèse Vaudremer qui ne contient que deux observations inédites dont celle-ci, avec la mention : due à mes amis Jayle, interne des hôpitaux, et Dr Macaigne.)

En 1895, j'ai publié l'*examen bactériologique de trente-quatre suppurations pelviennes étudiées de* 1892 *à* 1895, qui venaient confirmer un travail de M. le Professeur Hartmann et de Morax, publié dans les *Annales de Gynécologie* de 1894 et la thèse de Reymond parue quelques jours avant ma communication. Douze fois le résultat était négatif, dix fois le streptocoque avait été rencontré, six fois seul, trois fois associé au coli, une fois au staphylocoque. Le staphylocoque a été trouvé une fois, le bacterium coli seul deux fois, le gonocoque quatre fois. (*Bulletin Société Anatomique*, 1895, mémoire de quinze pages avec vingt-neuf observations et un tableau.)

La Septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. — Pendant cinq ans, de 1910 à 1914, je me suis attaché à étudier, bactériologiquement et anatomopathologiquement, tous les cas de mort survenue après laparotomies dans les divers services où je passais. J'ai pu établir ainsi nettement :

1° que les cas attribués au choc opératoire relevaient généralement d'une affection péritonéale aiguë pouvant ne pas s'accompagner de la production du pus ;

2° que l'infection était due aux mains des opérateurs.

Le premier cas de traitement de cette septicémie par le sérum anti-streptococcique avec le sérum de Marmorek, dont je suivais de près les recherches, et

publié dans cette thèse, a été suivi de guérison et mon maître M. Pozzi l'a fait connaître dans une communication.

Ce travail a fait l'objet d'un *Mémoire anonyme couronné par la Société de Chirurgie* (Prix Laborie, 1895), puis le sujet de ma *Thèse couronnée par la Faculté de Médecine.* (Médaille d'argent.) *L'Académie de Médecine,* sur le rapport de M. Chauvel, m'a attribué une *mention honorable.* (Prix Godard, 1895.)

M. le Professeur Hartman écrit, à propos de ma thèse, un article dont je détache le passage suivant :

Les lésions viscérales les plus intéressantes sont celles qui portent sur le foie. Elles ont été étudiées par Jayle et Thiercelin, qui ont retrouvé dans la septicémie péritonéale aiguë les lésions décrites par Coze et Feltz, par Picot, etc..., dans la septicémie expérimentale. Ces lésions sont essentiellement caractérisées par la dégénérescence aiguë.

A l'heure actuelle, nous voyons toujours paraître des statistiques où l'on incrimine d'une manière un peu exagérée le choc opératoire. Le fait se produit surtout à propos des opérations abdominales où l'on observe encore malheureusement, de temps à autre, des morts rapides. M. Levrat (thèse de 1890) a nettement attribué la mort des malades à une absorption de produits septiques par la séreuse abdominale. *La démonstration du fait manquait. Elle vient d'être fournie par M. Jayle,* dans un travail des plus intéressants, qu'il a intitulé : De la Septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. (Thèse, 1894-1895, n° 269.)

Dans une de ses observations, il s'agit d'une femme qui meurt trente-six heures après une hystérectomie abdominale. Le ventre est rouvert cinq minutes après la mort ; pas de grosses lésions macroscopiques. Un peu de sérosité péritonéale est recueillie, examinée et ensemencée : de même le sang du cœur. Or, la sérosité renfermait du streptocoque et du staphylocoque et le sang contenait déjà du streptocoque : c'est le plus bel exemple d'infection suraiguë qu'on puisse citer. (Henri Hartmann, La Septicémie péritonéale aiguë post-opératoire, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique,* T. XLV, 1896, 1er semestre, page 138. Revue Générale.)

Pathogénie des fistules intestinales consécutives à l'hystérectomie vaginale ou la laparotomie. — L'examen bactériologique du pus d'abcès dont l'ouverture s'était terminée par une fistule intestinale, et dans lesquels j'avais trouvé soit des streptocoques, soit du coli, m'amène à la conclusion suivante :

Les suppurations à streptocoques, à marche aiguë, ont une tendance extrêmement envahissante. Elles cherchent à se faire jour soit vers l'extérieur, soit

vers l'intérieur, dans l'intestin en particulier. La coexistence du streptocoque et du coli dans les suppurations pelviennes est une preuve des adhérences étroites qui se font entre la poche suppurée et la poche intestinale. Celle-ci se ramollit et la collection s'ouvre dans l'intestin, le pus étant évacué par l'anus. Si le chirurgien opère au moment où la perforation est sur le point de se produire, la fistule intestinale s'établit, sans que le chirurgien puisse en être tenu responsable. (*Bulletin Société Anatomique*, novembre 1895.)

Sérothérapie curative et préventive. — En 1905, je publiai deux observations de traitement de plaies gangréneuses post-opératoires après laparotomie ayant amené l'ouverture d'abcès putrides, traitées par l'application de sérum chauffé sous contrôle bactériologique avec un échec et un succès. (*La Presse Médicale*, 8 novembre 1905, page 722, deux figures.)

En 1935, j'ai relaté un cas heureux d'*intervention pour cancer du col largement gangréné, après sérothérapie préventive, établi par le contrôle bactériologique* et qui a comporté le sérum polyvalent de M. le Professeur Weinberg et un sérum complémentaire qu'il a bien voulu me remettre. (La sérothérapie curative et préventive. *Bulletin Société Française de Gynécologie*, 1895, pages 262-67.)

En 1936, toujours avec l'assistance de M. Weinberg, j'ai opéré un autre cas de cancer gangréneux du col traité de la même manière et avec le même succès.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Entéro-anastomose pour crise d'emblée aiguë d'obstruction intestinale. — Le 16 janvier 1900, je pratiquai une colo-sigmoïdostomie pour obstruction intestinale aiguë d'emblée chez une femme de 60 ans. L'obstruction était survenue brusquement, à la suite d'un voyage, le 12 janvier. J'avais vu la malade le 14 et fait administrer le 15 deux lavements électriques par Zimmern, sans résultat. Je dois d'avoir pratiqué cette intervention, dans ma clientèle, à mon maître Pozzi, qui l'approuva et assista à l'opération. L'intervention eut lieu au domicile de la malade. La cause en était un rétrécissement en virole de l'S iliaque et l'obstruction était causée par trois gros pépins d'orange que j'enlevai. L'anastomose fut établie de manière à faire une bouche intestinale de

6 centimètres de diamètre longitudinal entre la partie supérieure de l'S iliaque et sa partie toute inférieure désignée encore sous le nom de partie supérieure du rectum. Guérison. L'obstruction ne reparut plus jamais et la malade mourut de cachcxie au bout de quinze mois.

M. le Professeur Terrier avait pratiqué, le 10 novembre 1899, une entéro-anastomose pour une crise d'occlusion avec vomissements bilieux et péritonisme survenue par néoplasme du gros intestin, mais avec occlusion chronique ; cette opération n'avait pas encore été publiée. « Ce qui fait l'intérêt de l'observation de M. Jayle, dit M. Demoulin, dans un rapport sur ce cas, c'est qu'il a pratiqué avec succès pour un cancer de l'S iliaque l'entéro-anastomose, en pleine crise d'occlusion intestinale aiguë. » (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1905, pages 1062 et 928.)

Ce cas est la *première entéro-anastomose* pratiquée en France *pour obstruction intestinale aiguë d'emblée*, il y a trente-sept ans.

Embrochement temporaire des fragments osseux d'une fracture au moyen d'une tige métallique rigide pour maintenir la réduction en parfait état. — Le 5 octobre 1905 et le 22 décembre 1906, avec l'assistance des docteurs Desfosses et Berruyer, j'ai fracturé à nouveau deux cals vicieux de la jambe ; pour maintenir la réduction faite, j'ai embroché, avec la tige mobile du perforateur à os, les deux fragments osseux et, constatant que le maintien était solide, j'ai retiré le vilebrequin laissant la tige en place. Au bout de vingt-cinq jours dans le premier cas et de quinze dans le second, j'ai enlevé la tige qui vient très facilement par suite de l'ostéite raréfiante qu'elle détermine. J'ai publié ces deux cas, avec les résultats éloignés au bout de cinq ans, dans *La Presse Médicale* du 9 juillet 1911, avec sept figures, dont deux montrent la tige en place. Ce procédé très simple, et qui ne laisse aucun corps étranger à demeure, est *le premier système de contention métallique directe des fragments d'une fracture osseuse appliqué en France*, il y a trente et un ans.

Pendant la guerre, j'ai eu l'occasion d'y recourir un assez grand nombre de fois, avec d'excellents résultats : c'est le *chevillage au clou*.

Traitement chirurgical de la cirrhose du foie et pathogénie de l'ascite. — A propos du rapport de Monprofit sur le traitement chirurgical de la cirrhose du foie, au Congrès de Chirurgie de 1904, j'ai rappelé un cas que j'ai publié, avec un dessin très clair dû au docteur Fuchs, à la Société Anatomique en 1894, dans lequel il s'agissait de cirrhose et d'ascite considérable. Par

suite d'une disposition congénitale, *tout l'intestin grêle était contenu dans un diverticule péritonéal congénital,* si bien que la cavité abdominale proprement dite ne renfermait que l'estomac, le foie et le gros intestin. Or, dans la poche renfermant l'intestin grêle, il n'y avait pas une goutte de liquide, et de la cavité abdominale surdistendue on retira quinze litres, sur la table d'autopsie. Le péritoine de la poche diverticulaire était normal et celui de la grande cavité chroniquement enflammé.

Ce cas démontre, à la façon d'une expérience, que la théorie de l'hypertension portale était en défaut et que l'ascite était due à l'irritation péritonéale produite par le foie malade.

Le circulus vitiosus après la gastro-entérostomie. — En 1893, la technique de la gastro-entérostomie n'était pas encore établie et les cas de circulus vitiosus étaient fréquents. Avec mon collègue Desfosses, nous avons fait une petite étude de la question et nous avons représenté l'*estomac vertical,* contrairement à la donnée classique qui le voulait transversal. Nous avons dessiné une pièce montrant nettement comment s'établissait le circulus vitiosus et ce dessin a été longtemps représenté dans les traités classiques, dont celui de M. le Professeur Hartmann.

La protection de la peau de la région opératoire au cours de l'intervention. — Pour se préserver de la contamination par la peau de l'opérée, j'ai recommandé en 1906 de fixer les champs opératoires au bord de la plaie avec des agrafes de Michel ; puis je fis fabriquer par M. Henri Collin une pincette à mors fins et rappelant la forme de la pince de homard. (*La Presse Médicale,* 6 juin 1906 et 20 juin 1907.)

Doyen fabriqua ultérieurement une pince coudée lourde.

Ce système de protection de la plaie opératoire s'est généralisé.

CHIRURGIE DE GUERRE

Chirurgien-consultant de la 8e Région du 29 août 1914 au 3 janvier 1917 et chirurgien du 4e secteur chirurgical du 1er octobre 1915 au 3 janvier 1917, mes fonctions comportaient l'étude des questions d'organisation et la pratique des opérations.

Mon premier rapport au Ministre date du 7 septembre 1914 et porte sur l'organisation de la place de Dijon, où les blessés arrivaient à la gare de Dijon Porte-Neuve, en général directement du champ de bataille et à la cadence d'un train par heure ou même par demi-heure. Le nombre des médecins chargés du triage était trop faible ; j'y ai fait affecter cinq médecins de la place, à peu près inutiles dans leurs formations. Le service de transport de la gare dans les hôpitaux était insuffisant ; j'ai découvert dans la ville vingt-six voitures automobiles attendant le départ pour l'avant, je les ai signalées au Ministre et elles ont été immédiatement affectées au transport des blessés graves qui attendaient parfois de longues heures dans le hall de la gare. J'ai observé que les blessés opérés à l'avant et dont la plaie avait été suturée et drainée présentaient de graves complications septiques ; j'ai demandé la suppression des sutures à l'avant et une circulaire ministérielle a été envoyée dans ce sens. Constatant des brûlures par la teinture d'iode, j'ai demandé de prescrire le dédoublement de cette teinture dans toute l'armée. J'ai organisé le service opératoire, posant en principe que, seul, un chirurgien très compétent serait chargé de l'exécution des opérations dans chaque formation et j'ai demandé que M. Okinczyc, à peu près inutilisé, soit chargé de la plus importante. J'ai demandé et obtenu que la méthode antiseptique soit installée partout, en utilisant les antiseptiques odorants ; j'ai conseillé les pansements fréquents et la désinfection des salles, de manière à faire disparaître la puanteur qui existait partout.

Les semaines suivantes, visitant les petites formations de la région, je remarquai qu'il n'existait aucune organisation chirurgicale. A Bordeaux, où je m'étais rendu le 9 octobre, sur la demande qui me fut faite de l'idée maîtresse qui ressortait de mon inspection, je répondis : « Celle que j'ai déjà indiquée dans plusieurs rapports : la *création de chirurgiens ambulants par groupe d'hôpitaux*, ayant mission d'aller dans toutes les formations, non seulement sur appel, mais encore sans appel, pour faire une visite générale toutes les deux ou

trois semaines, afin d'éviter la chronicité des cas. » (Rapport au ministre, 9 octobre 1914.) Cette idée a été retenue et les *chirurgiens de secteur* ont été créés.

J'ai demandé et obtenu, le 25 décembre 1914, *l'organisation d'un centre de physiothérapie*, dans le secteur dont j'étais chargé.

A propos des médicaments et du matériel opératoire, j'ai fait, le 1er avril 1915, un *Rapport au Ministre sur la cause du retard des médicaments et des objets de pansements et sur la difficulté d'obtenir exactement le matériel opératoire nécessaire*, en particulier les drains. D'une enquête que j'ai faite, sur l'ordre de la 7e Direction, il fut facile de démontrer que les retards et *les erreurs tenaient à la non-concordance entre la nomenclature de la pharmacie régionale, qui était celle de* 1910, *et la nomenclature possédée par les hôpitaux, qui était de* 1899. C'est ainsi que, pour les drains, la filière de l'ancienne nomenclature était la centimétrique et la nouvelle, la filière Charrière : on commandait un drain n° 10, pensant avoir un drain de 1 centimètre de diamètre et on recevait un drain filiforme n° 10 de la filière Charrière. Je demandai en conséquence l'unification des deux nomenclatures ; quelques semaines après, paraissait la nomenclature des hôpitaux conforme à celle des pharmacies régionales.

Ce Rapport était accompagné d'un autre adressé au *Président de la Commission d'enquête de la Chambre*, dans lequel j'insistais sur la nécessité d'avoir des water-closets convenables, des salles de bains, des salles de pansements et des installations radiographiques. Toutes ces installations dépendaient des crédits que la Commission parlementaire pouvait faire voter.

Dans un Rapport du 10 janvier 1916, j'indiquai que l'organisation chirurgicale a fait l'objet de tous mes efforts depuis un an et que *quinze installations chirurgicales ont été créées ou perfectionnées sous mon impulsion*, quelques-unes étant complètes. J'ajoutai : les appareils ont été fournis soit par mes soins, soit par les soins locaux, soit par l'administration militaire, celle-ci n'ayant donné pour ces quinze installations que cinq autoclaves, un poupinel, une bouilloire à eau et un réservoir d'eau stérilisée, le restant ayant été acheté par des comités locaux que j'avais fondés ou grâce à une caisse que j'avais créée et alimentée, seul d'abord, et qui fut ensuite entretenue par de généreux donateurs.

Le *nombre des opérations* que je pratiquai, au cours de ces fonctions, est *d'environ 2.500*.

Rentré à Paris en 1917, j'ai été nommé *chirurgien-chef de l'Hôpital* 35 *de la Croix-Rouge*, organisé par M. et Mme Raphaël-Georges Lévy.

M. le Professeur Marchoux, voulant établir une organisation gynécologique pour les femmes des usines de guerre, a bien voulu me demander un rapport. Des centres ont été organisés dans divers hôpitaux de Paris avec un *centre*

opératoire principal, établi à l'Hôpital Broca avec l'assentiment de mon maître le Professeur Pozzi, dont j'ai eu la *direction.*

J'ai écrit les articles suivants :

Nos blessés dans les formations sanitaires d'arrière. - Dans deux articles, sous ce titre, j'ai décrit, en particulier, les trains sanitaires, les plaies de guerre, avec sept figures, dont cinq ont trait aux balles allemandes avec la gaine déchiquetée, le traitement de ces plaies, etc. (*La Presse Médicale*, 29 octobre et 5 novembre 1914.)

La méthode économique de pansements. — Dans cet article, je recommande le *pansement aéré* (deux bandelettes de sparadrah adhésif, en croix, sur deux ou trois épaisseurs de gaze et un nuage de coton) et, pour les opérations, les sutures en 8, simplement recouvertes d'un sparadrah fénêtré. (*La Presse Médicale*, 1er juin 1916.)

La tension élastique continue pour le redressement des attitudes vicieuses des membres. - Au centre de Physiothérapie du secteur, j'ai étudié pendant de longs mois l'usage d'appareils divers, la plupart confectionnés sur place et tendant au redressement des attitudes vicieuses par la tension élastique continue ; seize figures expliquent très nettement tous les appareils employés. (F. Jayle, P. Bacquelin et Théo Dubé, *La Presse Médicale*, 26 octobre 1916.)

Traitement des fistules osseuses par l'ostectomie suivie de stomatoplastie. — Procédé très simple, que j'ai établi et qui venait rapidement à bout des fistules chroniques. (*La Presse Médicale*, 23 août 1917, avec dix figures.)

L'extraction des projectiles intrathoraciques. — J'ai opéré vingt-sept cas de projectiles intrathoraciques avec vingt-sept guérisons :

Cinq cas de projectiles sous-pleuraux, pleuraux ou pleuro-pulmonaires ; deux sous-pleuraux ou pleuro-pulmonaires avec débris vestimentaires ; douze intra-pulmonaires ; deux intra-pulmonaires avec débris vestimentaires ; cinq intra-pulmonaires de la zone cardio-vasculaire, mobiles avec les mouvements cardiaques. Parmi ceux-ci est un projectile intra-médiastinal et un autre, deux fois jugé inopérable, qui était *enchâssé dans le péricarde contre la face postérieure de l'oreillette gauche* : c'était un éclat d'obus, du poids de 2 gr. 80. Tous ces projectiles ont été enlevés sous les rayons. (*Congrès de Chirurgie*, 1918.)

Dès que j'ai pu avoir à ma disposition un radiographe, j'ai extrait tous les projectiles sous les rayons, environ un millier, les premiers avec M. Lobligeois, dès 1914. (Lobligeois. L'extraction radio-opératoire des projectiles de guerre. *La Presse Médicale*, 6 mai 1915.)

GYNÉCOLOGIE

Études sur l'ovaire

Tota mulier in Ovario

Au début de mon internat, en 1891, la grande question gynécologique, mise à l'ordre du jour, et très discutée, était de savoir si les interventions pour des lésions de volume moyen devaient être exécutées par la voie abdominale ou par la voie vaginale. Sous l'influence de Péan, la voie vaginale était ardemment préconisée. En 1891, je rédigeai un petit mémoire que je remis à mon maître Alfred Marchand, qui était plutôt laparotomiste, et dans lequel je préconisai ardemment la voie abdominale ; mon maître ne le publia pas.

Démonstration du rôle primordial de l'ovaire dans l'appareil génital féminin. — Je commençai, en 1892, à étudier systématiquement les résultats éloignés que donnaient les interventions par voie vaginale et celles par la voie abdominale. Je remarquai de suite que les troubles de ménopause artificielle étaient souvent moins accusés et parfois nuls chez les malades hystérectomisées par la voie vaginale, qu'ils étaient plus fréquents et plus accentués chez les laparotomisées. L'utérus étant enlevé dans chaque cas et les règles supprimées de toute manière, la différence des phénomènes observés ne pouvait pas tenir à l'ablation de l'utérus qui passait alors pour l'organe fondamental de l'appareil génital de la femme. Mais, ayant vu exécuter beaucoup d'hystérectomies vaginales, et en particulier par Péan, j'avais remarqué que, très fréquemment l'utérus était seul enlevé par la voie vaginale, alors que les ovaires et les trompes étaient systématiquement extirpés par la laparotomie. De là à penser que l'ovaire jouait le premier rôle dans l'apparition des troubles, il n'y avait qu'un pas que je franchis de suite. En 1894, je rédigeai, sur ce sujet, un mémoire pour la *Société de Médecine de Paris*, qui m'attribua un prix.

L'année suivante, en 1895, j'écrivis un assez gros mémoire sur les effets physiologiques de la castration chez la femme et je le déposai, le 27 février 1896, à l'*Académie de Médecine*. J'y donnai les *premières observations de trai-*

tement des troubles de la castration par l'opothérapie ovarienne. M. Chauvel fut chargé du rapport qu'il lut dans la séance du 29 septembre 1896.

En 1897, je fis paraître ce mémoire dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,* qui venait d'être fondée (Mémoire de trente-deux pages, avec dix tableaux divisés en trois séries ; quarante-cinq observations de castration ovarienne, quatorze d'utéro-ovariennes, quinze de castration utérine simple). Des conclusions, je détache les trois plus importantes : 1° l'ablation totale des deux ovaires n'est à pratiquer qu'en dernière ressource ; 2° si les trompes seules sont malades, les ovaires et l'utérus doivent être conservés ; 3° si l'utérus est malade, seul ou avec les trompes, les ovaires seront conservés, l'utérus et les trompes seront extirpés.

La conclusion d'ensemble de mes observations personnelles, du point de vue chirurgical, a été rapportée par M. Chauvel, à l'*Académie de Médecine,* dans son rapport sur le Mémoire que j'avais déposé à l'Académie : « *L'importance des troubles, que présentent, durant de longues années, les femmes castrées, doit rendre le chirurgien très conservateur.* »

L'idée de mettre au premier plan la conservation des ovaires au cours des interventions gynécologiques, cancer excepté, se doubla rapidement, dans mon esprit, de celle de tenir l'ovaire pour une glande à secrétion interne dont l'insuffisance ou le manque provoquaient les troubles vasculaires et nerveux rapportés jusqu'alors à la diminution ou à la suppression des règles (1).

M'intéressant en même temps aux opérations sur le corps thyroïde, je fus facilement amené à établir une analogie entre le corps thyroïde et l'ovaire, d'où l'opothérapie ovarienne et l'insuffisance ovarienne.

Brown-Séquard avait lancé la théorie de la sécrétion interne des glandes génitales, mais sans en démontrer l'exactitude, si bien que son traitement par le liquide testiculaire, soit la méthode sequardienne, était tombée dans le discrédit complet. Mais la théorie restait.

Brown-Sequard et d'Arsonval avaient aussi émis cette idée : « Les manifestations morbides qui dépendent, chez l'homme, de la sécrétion interne d'un des organes doivent être combattues par des injections d'extrait liquide retiré

(1) En faisant l'historique de la castration, j'ai longuement analysé le mémoire de Glaeveke (1889), complètement inconnu en France, et qui était arrivé à peu près aux mêmes conclusions que moi. Il est curieux de constater que cet auteur, de ses recherches approfondies, n'en ait déduit ni l'opothérapie ovarienne, ni l'insuffisance ovarienne.

de cet organe pris chez un animal en bonne santé. » (*Arch. de phys.*, 1892, p. 491.)

Opothérapie ovarienne. — En 1895, je commençai a donner des ovaires crus à des opérées ; je ne pus établir un traitement suivi, en partie par la difficulté d'avoir ces organes frais. Je repris cette expérience au début de mai 1896, parce qu'un de mes élèves, Lissac, a eu la constance d'aller chercher des ovaires aux abattoirs, tous les jours, pendant une série de semaines ; les ovaires de génisses ou de vaches étaient hachés et administrés dans un pain azyme. Des malades éprouvaient d'ailleurs quelque répugnance à les prendre. (Thèse Lissac, 1896.) Ce mode d'opothérapie me paraît le meilleur.

J'ai retrouvé il y a trois ans une malade à qui, vers l'âge de 20 ans, j'avais dû faire une castration totale pour suppuration et qui, mariée avec l'un de mes élèves de cette époque et habitant la campagne, avait absorbé durant une trentaine d'années des ovaires de brebis ; elle n'avait eu aucun trouble fonctionnel, sauf dans les quelques périodes où elle avait essayé de supprimer cette alimentation et elle ne présentait aucun trouble trophique vulvaire ; c'est le seul cas que je connaisse de ce genre d'opothérapie ovarienne durant un temps très long.

J'essayai aussi d'obtenir des ovaires desséchés et ne pus y parvenir qu'en janvier 1896 (à la préparation d'ovaire desséché, j'ai donné le nom d'*ovarine*).

Je m'adressai donc au laboratoire qui avait préparé le liquide testiculaire de Brown-Séquard, qui me fabriqua un liquide ovarique fait dans les mêmes conditions.

Mon mémoire, déposé à l'*Académie de Médecine* le 24 février 1896, contient, au chapitre traitement, page 68, quatre observations dans lesquelles a été utilisé le liquide ovarique. Ce mémoire donne la *priorité de publication* à la France.

Le 9 mai 1896, je publie dans *La Presse Médicale* six observations avec *résultats éloignés*. En plus, je cite trois malades devant être opérées pour des *troubles rapportés à l'ovarite kystique* et chez lesquelles j'ai d'abord essayé l'opothérapie ovarienne ; dans un cas, dont je rapporte l'observation, le résultat immédiat est parfait et je dis : *L'opothérapie ovarienne est à essayer dans nombre de cas d'aménorrhée ou dysménorrhée dues à des lésions de l'ovaire, et contre lesquels la castration est souvent pratiquée.*

J'ai créé alors les deux expressions : *ovarine* et *opothérapie ovarienne* (1), devenues classiques.

Le mémoire déposé à l'*Académie de Médecine* a paru dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* de 1898, en deux fois, sous les titres : *Opothérapie ovarienne dans la ménopause post-opératoire et la ménopause naturelle*, pages 239-272, et *Opothérapie ovarienne contre les troubles attribués à une hypofonction de la glande ovarienne*, pages 649-678.

En 1896, j'ai essayé, avec le très aimable professeur de chimie de l'Ecole de la rue Vauquelin, où se faisaient alors les cours de physique, chimie et histoire naturelle de la première année de médecine, d'extraire de l'ovaire le principe actif que j'assimilai à la digitaline par rapport à la digitale ; notre insuccès fut complet. Pris par d'autres occupations, je ne pus jamais reprendre ces recherches, mais l'idée qu'elles devaient aboutir m'était restée. Aussi, ces dernières années, la Folliculine étant obtenue, je priai le docteur Roussel de bien vouloir me mettre en rapports avec son distingué chimiste, M. Girard, auquel je demandai de me fabriquer une solution très concentrée, à résorption lente et progressive. Mon idée était de substituer aux injections multiples et rapprochées, ennuyeuses et dispendieuses, des injections très espacées (mensuelles ordinairement) et contenant autant de substance active, et même plus, que tout un lot d'injections répétées : c'était la réalisation d'une *greffe chimique hormonale*. Je fis une communication au *Congrès français de Gynécologie du* 30 *juin* 1933, relatant mes essais durant plus d'un an. Depuis cette communication, qui est la première sur ce sujet, cette thérapeutique est largement employée.

Greffes ovariennes. — Les expériences de Schiff, de 1884, sur les heureux résultats donnés par la greffe intra-péritonéale de corps thyroïde après l'ablation du corps thyroïde m'avaient donné l'idée de répéter ces expériences avec l'ovaire. Je fis cette expérience en 1897, mais après Knauer et Woldemar-Grigorieff.

Le 16 juillet 1897, je lis à la Société Anatomique une communication avec

(1) J'ai soumis à mon maître Landouzy, qui l'a approuvée, l'expression : opothérapie ovarienne. En effet, de même qu'insuffisance ovarienne veut dire insuffisance de l'ovaire, opothérapie ovarienne signifie traitement de l'ovaire par des sucs et, pour être précis, il eût fallu dire opo-ovario-thérapie ovarienne, ce qui était trop long. « Lancez l'expression, elle réussira », me dit mon maître.

présentation d'animaux. J'avais transplanté les ovaires : 1° chez le même animal d'un point à un autre du péritoine ; 2° entre animaux de même espèce ; 3° entre animaux d'espèces différentes. Mon but était double : voir si les tissus greffés continuaient à fonctionner, contrôler la loi sur l'immuabilité des espèces et chercher par un moyen nouveau à produire des métis. (Un résumé de cette communication a été publié dans le *Bulletin Soc. Anat.* 1897, p. 641.)

Je n'obtins aucun résultat durable, et toutes les greffes s'atrophièrent, les plus persistantes étant celles du transport de la glande dans le péritoine du même animal. J'en conclus que, du point de vue chirurgical, le mieux était de beaucoup de chercher à laisser l'ovaire en place avec ses connexions vasculaires et nerveuses, ce qui est plus réalisable qu'on ne suppose, quand on consacre son attention et son habileté à réaliser ce desideratum.

Insuffisance ovarienne. — L'idée que des altérations de l'ovaire pouvaient déterminer, à un degré moindre, des symptômes analogues à ceux de la castration me fut rapidement suggérée par l'étude des malades présentant les symptômes attribués à l'ovarite kystique. Dès 1895, je traitai par l'opothérapie ovarienne quatre malades dont une avec succès, dont l'observation fut publiée dans *La Presse Médicale* du 9 mai 1896. Dans mon mémoire sur l'opothérapie ovarienne paru dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, en mai 1898, la seconde partie est intitulée : *Opothérapie ovarienne contre les troubles attribués à une hypofonction de la glande ovarienne.*

Restait la dénomination simple à trouver pour désigner ces troubles dans le cadre nosologique. En 1900, j'ai soumis à mon maître, le Professeur Landouzy : *Insuffisance ovarienne*, me demandant si les lecteurs ne penseraient pas plutôt à un manque d'ovules, soit à une cause de stérilité, qu'à une déficience de la secrétion interne de l'ovaire, tant cette conception de la glande ovarienne était peu acceptée. Sur le conseil de mon maître, je lançai l'expression qui est devenue classique.

Le nom d'insuffisance ovarienne peut être donné à un ensemble de troubles déterminés par l'hypofonction de la glande ovarienne considérée au seul titre de glande à secrétion interne. Ces troubles sont plus ou moins connus, et la plupart sont traités par des méthodes thérapeutiques variées, le plus souvent actives, non toujours efficaces, parfois mauvaises.

Le but de cet article est d'essayer d'établir : 1° que l'hypofonction de la glande ovarienne détermine des troubles ; 2° que ces troubles sont faciles à constater et permettent de diagnostiquer la lésion causale ; 3° que cette lésion causale est tantôt d'ordre physiologique simple, tantôt d'ordre anatomique ; 4° que le traitement symptomatique peut être pathogénique ; 5° que la

constatation des troubles de l'insuffisance ovarienne, suivie de l'épreuve du traitement opothérapique, et accompagnée des renseignements donnés par l'examen physique, permet d'établir le diagnostic clinique d'ovarite kystique ou de sclérose ovarienne.

Les troubles de l'insuffisance ovarienne sont : des modifications de la menstruation, des symptômes vaso-moteurs et nerveux. Pour les trouver, il faut pratiquer un interrogatoire dont je donne un modèle. Le diagnostic doit porter sur ce point précis : la cause de l'insuffisance est-elle d'ordre physiologique ou anatomique ? Dix observations sont données. (*La Presse Médicale*, 17 mars 1900.)

La même année, Mlle Przeciszewska fait sur l'insuffisance ovarienne une fort intéressante thèse de quatre-vingt-dix pages contenant de nombreuses observations personnelles, la première sur ce sujet. (Thèse Paris, 1900.)

En 1901, je dépose le 27 février, à *l'Académie de Médecine*, un Mémoire intitulé : *Etude sur l'ovaire considéré comme glande à sécrétion interne. De la Thérapeutique de cet organe, et de la Thérapeutique par cet organe*. Ce mémoire est couronné par l'Académie, le 17 décembre 1901.

Je publie ensuite un mémoire extrait de celui de l'Académie et intitulé : De l'insuffisance ovarienne. Les *variétés cliniques* suivantes sont établies : 1° Insuffisance d'ordre congénital ; 2° Insuffisance liée à la formation ; 3° Insuffisance liée à la ménopause ; 4° Insuffisance à type nerveux ; 5° Insuffisance à type congestif ; 6° Insuffisance à type nutritif et, plus particulièrement, à type adipeux. (Je désigne depuis longtemps ce dernier type sous le nom de type trophique.) (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1901, pages 905 à 934.)

Le Congrès Français de Gynécologie de 1935 a pris comme sujet unique à traiter : Insuffisance ovarienne.

Les troubles trophiques d'origine ovarienne. — La castration ovarienne et l'insuffisance ovarienne déterminent des troubles, les uns d'ordre fonctionnel, en partie déjà connus et aujourd'hui bien établis, les autres d'ordre trophique, sur lesquels j'attire l'attention depuis longtemps et qui ne sont pas encore assez divulgués.

Ces troubles trophiques sont de deux sortes : troubles locaux portant sur l'appareil génital, troubles généraux dont les plus intéressants affectent l'appareil circulatoire et en particulier le système artériel.

Troubles trophiques locaux. — Dans mon premier mémoire, présenté à l'*Académie de Médecine* en 1896, et que je publiai avec quelques compléments dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* en 1897, je mentionne « l'existence à titre exceptionnel, au niveau de l'entrée du vagin, de préférence près du méat et à son pourtour, soit de petites ulcérations, soit de plaques ou de taches rouges-noirâtres parfois très douloureuses et qui me semblent liées à l'atrophie vulvaire.

L'étude de plus en plus attentive que je fis de l'état vulvaire m'amena à établir un type de *Kraurosis post-opératoire* et à séparer nettement le *kraurosis* (p. 82) de la Leucoplasie, tout en reconnaissant leur alliance fréquente. J'ai établi un *rapport entre le kraurosis et l'état ovarien*, pathogénie devenue classique.

L'atrophie de l'utérus après la castration est depuis très longtemps connue. Des faits successifs m'ont amené à penser que la sténose du col était sous la dépendance de l'état des ovaires.

En 1905, je décris la sténose spontanée de l'orifice du col après l'accouchement (*Bulletin Société Internat*, 1905, 23 novembre). En 1906, je fais une communication au *Congrès de Chirurgie*, en y ajoutant l'atrésie. En 1907, je fais un article dans *La Presse Médicale* sur ces lésions dans lequel j'indique une pathogénie ovarienne. « J'ai vu ces rétrécissements survenir de préférence chez des femmes dont l'appareil utéro-ovarien avait une tendance à la sclérose. » (*La Presse Médicale*, 9 janvier 1907, avec six figures.) En 1934, j'ai fait une étude complète de la question :

« Une expérience de plus de quarante ans me fait penser que les données étiologiques, pathologiques et thérapeutiques classiques sur la sténose et l'atrésie du col ne sont qu'en partie acceptables et qu'au lieu de considérer la sténose et l'atrésie comme des lésions locales, il faut les regarder comme des troubles trophiques dus à l'insuffisance ou à l'absence de la secrétion ovarienne, insuffisance et absence qui sont en rapport avec l'état de l'organisme. » (La sténose et l'atrésie non congénitales de l'orifice externe du col. *Bulletin Société Française de Gynécologie,* 15 janvier 1934, pages 37-57.)

Troubles trophiques généraux. — Le premier trouble trophique d'ordre général, connu depuis longtemps dans l'art vétérinaire, est l'*adipose*. Dès mon premier mémoire de 1896, je le signalai à mon tour, mais en ajoutant que, s'il est fort gênant quand il se produit, il n'est pas constant, contrairement à ce que l'on pensait, et même plutôt rare. En revanche, j'ai signalé l'*amai-*

grissement plus rare encore, mais moins connu. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1897, page 422.)

En 1933, j'ai publié quelques cas de troubles trophiques qui me paraissent devoir être rattachés, chez certaines malades, à l'insuffisance ovarienne : Une femme de 24 ans, ayant des *jambes en poteau*, a été extrêmement améliorée par les piqûres de benzoate de fulliculine et elle s'est trouvée transformée au point de vue général. Une femme de 48 ans, se plaignant de *douleurs* dans les jambes, de *froidure extrême avec doigts morts* aux pieds et aux mains, a également été extrêmement améliorée et j'ajoutai : Je me permets d'insister sur nombre de *troubles douloureux réflexes*, survenant à distance de la zone génitale, qui sont d'origine ovarienne et souvent méconnus. (*Congrès français de Gynécologie*, 3 juin 1933.)

Aux troubles de la sécrétion ovarienne, je rattache également, tout au moins pour une part, le *vitiligo* qui ne survient jamais chez une femme de bonne lignée et ayant un fonctionnement ovarien interne et externe parfait : « Depuis une quinzaine d'années, j'enseigne que le vitiligo est sous la dépendance de troubles endocriniens et, chez la femme en particulier, de la glande ovarienne, tout comme le sont le chloasma, l'hyperpigmentation de la ligne blanche, des auréoles, de la vulve chez les femmes de race blanche, surtout les brunes, lors de leurs grossesses. (Le vitiligo génital et abdominal chez la femme, par F. Jayle, avec la collaboration de H. Aubry, de Montréal. Mémoire de 63 pages, avec 20 observations et 10 figures, dont plusieurs ont été reproduites en Amérique du Nord. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1921.)

Conception du mécanisme d'action de la sécrétion ovarienne. — Par déduction de faits cliniques, j'ai établi, en 1898, la théorie suivante : « *L'ovaire sécrète une substance qui agit sur le système sympathique ; à l'état normal, cette sécrétion a lieu surtout au moment de la ponte*, périodiquement, et agissant sur les vaso-dilatateurs de l'utérus, elles déterminent le flux menstruel. Ce flux menstruel, par sa périodicité, a pour conséquence de créer un état tout particulier du système vaso-moteur féminin, état qui ne saurait se modifier brusquement sans encombre. » (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, page 675.)

En 1900, j'établis la *pathogénie de l'insuffisance ovarienne :*

Les phénomènes d'insuffisance ovarienne sont en corrélation directe avec le développement d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion anatomique dont le résultat est l'affaiblissement de la sécrétion interne de l'ovaire.

A la puberté et à la ménopause, c'est-à-dire au moment où l'ovaire commence et termine son principal rôle, qui est celui de sécrétion externe, il n'est

point rare de voir apparaître quelques-uns des phénomènes mentionnés. En particulier, sous l'influence d'une irrégularité dans la sécrétion, d'une sorte *d'ataxie ovarienne,* on observe, outre les troubles fonctionnels mentionnés et qui peuvent manquer, des modifications de la menstruation. Pendant le cours du fonctionnement régulier de l'ovaire considéré comme glande externe, les phénomènes d'insuffisance peuvent encore apparaître et se rattacher à un simple trouble fonctionnel, indépendant de toute lésion anatomique, mais le fait est exceptionnel. En règle générale, l'insuffisance est liée à des lésions anatomiques. Pour bien comprendre les phénomènes d'insuffisance ovarienne, il est nécessaire de tenir grand compte de l'état même de la glande, de par la *prédisposition congénitale* et de par la *prédisposition acquise.*

L'ovaire devient malade toutes les fois que l'organisme est intoxiqué ou infecté et il est extrêmement sensible à toute intoxication ou infection...

Les conditions sociales expliquent pourquoi il est plus souvent frappé qu'autrefois : désertion des campagnes, entassement des populations ouvrières dans les villes, développement progressif de l'alcoolisme (*Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale,* 1901, pages 915-920).

En 1926, je note l'*action de l'ovaire sur le développement de nombre de solénomes :* « Cette influence n'est pas directe : il ne s'agit pas d'une action de l'ovaire sur le solénome et je reste toujours partisan de la théorie que j'ai émise en 1898 : l'ovaire sécrète une substance qui agit sur le système sympathique. » (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique,* 1926, p. 391.)

La glande ovarienne et les autres glandes endocrines. — La première glande endocrine dont je constatai les relations avec l'ovaire fut la *glande thyroïde,* et, en 1896, j'essaie avec succès l'opothérapie ovarienne dans deux cas de goitre qui sont les premiers ainsi traités.

Dans mon Mémoire déposé à l'*Académie de Médecine* le 24 février 1896, je donne une observation de goitre exophtalmique consécutif à la castration et amélioré par l'opothérapie ovarienne. La suite de cette observation se trouve dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* (1898, p. 249) et donne le résultat en février 1898 : Le goitre et les yeux saillants persistent sans augmenter, les autres phénomènes ayant disparu ou étant très amendés.

La même année 1896, je note un cas de goitre coïncidant avec des lésions génitales : Depuis trois semaines, la malade s'est aperçue que son cou augmentait de volume au niveau de la fourchette sternale ; en effet, on remarque une petite grosseur du volume d'une noix qui dépend du corps thyroïde. L'opothérapic ovarienne a été suivie de la presque disparition du goitre et des douleurs ovariennes. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,* p. 669, 1898.)

Depuis quarante ans, j'ai eu maintes fois l'occasion de confirmer ces deux premières observations et, pendant plusieurs années, j'ai fait un assez grand

nombre de recherches, à l'Hôpital Broca, avec Léopold Lévi, à qui j'ai laissé le soin de les publier.

En 1913, j'ai introduit en Gynécologie la *médication hypophysaire* et j'ai utilisé le lobe postérieur, faisant établir quatre doses, n° 1, 2, 3 et 4 répondant à 1/8, 1/4, 1/3 ou 1/2 de lobe, conseillant de commencer par le numéro 1 ou 2.

L'opothérapie hypophysaire me semble devoir rendre des services chez les jeunes femmes atteintes de *lésions légères*, et rebelles cependant, des ovaires, des trompes et du péritoine, chez les femmes atteintes de métrorragie au moment de la ménopause, chez les femmes tourmentées par des poussées congestives pelviennes sans lésions macroscopiques Elle peut être encore utile comme complément des opérations conservatrices. Elle peut vraisemblablement remplacer l'électrothérapie, la radiothérapie et la radiumthérapie dans certaines de leurs indications. Son mode d'action semble complexe : on observe tous les signes d'une contraction vasculaire. Mais, d'après quelques faits, il m'a semblé que *la glande ovarienne est elle-même influencée dans sa sécrétion par l'administration de l'hypophyse.*

J'ai actuellement cinquante malades en traitement et le résultat *immédiat* est favorable dans l'ensemble. Suivent dix observations (L'opothérapie hypophysaire en Gynécologie, *La Presse Médicale*, 1er avril 1914, p. 245.)

Ainsi a été introduite, en France, la médication hypophysaire en Gynécologie.

Au Congrès français de Gynécologie de 1932, deux rapports ont été faits sur hypophyse et ovaire : l'un par M. Hallion intitulé : « Les relations physiologiques de l'hypophyse et de l'ovaire, d'après les données expérimentales », l'autre que j'ai écrit « Sur considérations générales, Anatomie et Données cliniques ».

Incidemment, j'ai utilisé en Gynécologie les diverses *autres glandes endocrines*, mais dans des cas très spéciaux, sans avoir jamais été conduit à l'emploi généralisé d'aucune de ces dernières. Depuis quarante ans, j'ai, en particulier, recours à l'opothérapie testiculaire, surtout chez les jeunes filles et les jeunes femmes.

M. le Professeur Champy a beaucoup insisté sur la non-spécificité d'origine des hormones (1923-1927) : « Une hormone doit être désignée par son action et non par son origine tissulaire, puisque les faits montrent qu'on peut l'extraire de tissus divers. »

C'est un peu dans le même sens que j'ai pensé que, chez certains sujets, un choc nerveux peut remplacer l'action hormonale.

En 1895, j'ai essayé concuremment l'ingestion d'ovaires crus, les injections sous-cutanées de liquide ovarique et de simple sérum artificiel. L'injection de sérum artificiel s'est montrée parfois équivalente à l'ingestion d'ovaires crus ou à l'injection de liquide ovarique. Mon mémoire à l'*Académie de Médecine* de 1896 en contient des observations dont deux sont reproduites à titre d'exemple dans mon mémoire sur l'opothérapie ovarienne de 1898. (Observations V, VI, et, en plus, XXI).

L'action du système nerveux sur le système endocrinien est évidente : une femme très bien réglée peut, à la suite d'une émotion forte, voir ses règles supprimées définitivement. Réciproquement, j'ai eu l'idée, en 1928, chez une jeune fille de 19 ans, atteinte depuis trois ans d'une aménorrhée résistant à tous les traitements opothérapiques, de provoquer le retour des règles par un choc opératoire consistant dans l'appendicectomie : le lendemain de l'opération, les règles reviennent et ne se sont plus interrompues : la jeune fille s'est mariée et elle est mère de famille.

La Chirurgie systématiquement conservatrice. — Sur la base de la chirurgie systématiquement conservatrice a été établie toute la thérapeutique que je n'ai cessé de défendre depuis trente-sept ans, tant à l'hôpital Broca jusqu'en 1919 que dans nombre d'articles et à la *Société Française de Gynécologie* depuis 1932.

En 1899, je publie dans *La Presse Médicale* le *traitement de la salpingo-ovarite double par ablation des deux trompes, avec conservation totale ou partielle de l'ovaire et de l'utérus.* Je fais faire à mon élève Blagny sa thèse sur ce même sujet. L'article de *La Presse Médicale* contient six observations.

La question se posait de la *substitution de la conservation systématique de l'utérus à son ablation systématique dans la salpingo-ovariectomie double* et je l'étudiai à fond.

Dans un mémoire de 1907, portant sur 500 cas de laparotomie (450) ou de cœliotomie vaginale (50), j'ai fait une étude comparative sur le choix à faire entre la salpingo-ovariectomie double avec ou sans hystérectomie. Dans 62 cas de salpingo-ovariectomie double, sans hystérectomie, je n'avais eu qu'une mort, qui était due à une faute d'asepsie consistant en l'emploi de compresses non stérilisées par erreur. Dans 60 cas d'hystérectomie complémentaire, j'avais deux morts par embolie et cette embolie avait été causée « par la blessure de gros vaisseaux qui auraient été respectés si on s'était contenté de l'ablation simple des annexes ». J'ajoutai : « J'ai conservé autant d'utérus malades que j'en ai enlevés. » (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,* 1907, Mém. de 50 pages.) La conclusion était donc nette : *du seul fait de la gravité opératoire, l'utérus est à conserver.* Une deuxième raison de conservation était

la *possibilité* de la persistance des *règles* pendant un temps plus ou moins long.

Le gros reproche fait à la conservation de l'utérus était qu'il était toujours malade et mon maître Richelot, dont j'avais été l'interne en 1893, insistait beaucoup sur ce fait qu'un gros utérus enflammé tombe souvent en arrière après l'opération et détermine des troubles. *A l'hystérectomie, je substitue l'hystéropexie,* qui me donne d'excellents résultats.

Dès 1899, je joins à la conservation de l'utérus le traitement des lésions qu'il peut comporter ; chez une malade de trente ans ayant un utérus un peu gros et contenant sans doute un petit fibrome, j'enlève les annexes gauches formant une tumeur du volume du poing, la trompe droite et la presque totalité de l'ovaire droit, qui est le siège d'un kyste, en conservant cependant une portion saine au niveau du hile, et je garde l'utérus. Je m'étais demandé si le petit fragment ovarien fonctionnerait et si la femme serait réglée ou non ; dans ce dernier cas, le fibrome soupçonné devait s'atrophier. Neuf mois plus tard, la malade étant réglée et le fibrome ayant augmenté, je l'enlevai par la voie vaginale : il était du volume d'un petit œuf. Le 15 mai 1901, une malade de trente-cinq ans, ayant déjà subi l'ovariectomie droite, devait être ovariectomisée à gauche. Trouvant un gros utérus de 9 centimètres de profondeur, je fis une amputation du col. Le succès fut complet et les douleurs disparurent. J'ai suivi cette malade trente-trois ans ; elle a toujours été régulièrement réglée jusqu'à la ménopause.

Ces deux cas m'ont amené à préconiser les *opérations combinées par la voie vaginale et par la voie abdominale,* toujours dans le but de ne pas réaliser la castration totale. C'est ainsi qu'à une ovariectomie unilatérale ou même double, je joins, suivant les indications, le curetage, l'amputation du col, une opération périnéale, une colpectomie, avec, systématiquement, la dilatation de l'anus et l'ablation de tumeurs hémorroïdaires, s'il y en a.

En agissant par la voie abdominale et la voie vaginale, on peut d'abord conserver tous les utérus et on fait même des opérations meilleures, parce que la réfection du plancher pelvien est souvent nécessaire.

Ces dernières années, la conservation de l'utérus, que je préconise depuis trente-sept ans, a fait l'objet d'un asscz grand nombre d'articles écrits par des chirurgiens qui la recommandent.

L'esthétique en laparotomie. — L'esthétique en laparotomie est en quelque sorte une conséquence de la chirurgie systématiquement conservatrice : l'idéal est de conserver intégralement la morphologie du ventre et la signature du chirurgien doit être invisible.

Mon maître Pozzi m'enseigna, dès 1894, les petites incisions et la suture

soignée de la peau (suture intra-dermique). L'usage de la valve sus-pubienne, qu'il adopta ultérieurement, mais non systématiquement, l'amena cependant à des incisions un peu plus étendues sans être cependant grandes.

Après m'être servi pendant un an de la valve sus-pubienne, je l'ai définitivement abandonnée, n'utilisant que de petits ou moyens écarteurs autostatiques ou le plus souvent une valve coudée à manche lourd. Dans tous les cas de laparotomie médiane pour petites lésions, j'ai conservé *l'incision courte*, et, en plus, cachée, en partie, dans la région pileuse. Si le système pileux est développé, il ne reste qu'une petite cicatrice apparente sur trois ou quatre centimètres, qui devient quasiment invisible, quand elle a blanchi et surtout s'il y a quelques vergetures.

Mais *la véritable incision esthétique est l'incision transversale intrapileuse* pratiquée par Rapin, de Lausanne, en 1894. J'en ai donné la première description complète dans *La Presse Médicale* de 1916, page 480. Je l'ai pratiquée pour la première fois le 28 mai 1901, dès que j'en ai eu la possibilité, et depuis je m'y suis toujours attaché. M. le Professeur Segond y avait eu recours deux fois, le 19 mai et le 17 juin 1899, mais il paraît l'avoir abandonnée à la suite de la seconde opération, parce qu'il dut faire immédiatement une hystérectomie vaginale complémentaire. La thèse de Rousseau (1903), la première sur ce sujet, contient neuf observations d'incisions transversales que j'avais pratiquées de 1901 à 1903, et les deux observations de M. Segond.

En 1905, j'ai été amené à pratiquer une *incision transversale unilatérale gauche intrapileuse* pour salpingo-ovarite suppurée chez une femme qui tenait essentiellement à ne pas avoir son ventre balafré par une cicatrice médiane.

En 1907, j'ai eu recours à l'*incision transversale unilatérale droite intrapileuse pour appendicectomie* et cette incision me montra qu'il existait en outre une salpingo-ovarite droite. J'ai conclu que, dans un très grand nombre de cas, l'incision classique de l'appendicectomie est très inférieure à cette incision latérale transversale intrapileuse droite, parce qu'elle ne permet pas la vision de la trompe et de l'ovaire.

Ces dernières années, j'ai *substitué à l'incision médiane classique une incision droite et une incision gauche intrapileuses*, pour les salpingo-ovarites doubles d'importance moyenne. L'avantage est qu'on tombe directement sur les lésions, qu'on fait un traumatisme très réduit et qu'en ne mettant aucun champ opératoire dans le ventre, on réduit au minimum l'irritation péritonéale. Les suites opératoires sont infiniment plus simples et les cicatrices invisibles.

Varia

Amputation du col. — J'ai publié il y a trente ans un procédé d'amputation du col que j'ai imaginé avant 1900 et que vient encore de recommander M. Buquet. La malade est mise en position scapulo-déclive légère. Un seul aide est utile et on peut s'en dispenser, le vagin étant ouvert par une valve postérieure coudée à poids et un écarteur autostatique ; le col est maintenu à la vulve par une ou deux pinces avec poids fixées sur la lèvre postérieure et la lèvre antérieure peut être également tenue en place par une pince à poids. Des injections intracervicales d'adrénaline suppriment l'écoulement sanguin ; on peut y ajouter de la cocaïne pour obtenir l'anesthésie locale. L'évidement du col est fait de manière à éverser légèrement la muqueuse. Tous les procédés comportent la suture latérale des lèvres du col sectionné ; cette suture est supprimée et remplacée par l'accolement au niveau de l'angle, de la muqueuse utérine avec la muqueuse vaginale, de manière à avoir une suture circulaire. L'accouchement se fait toujours très bien. (*La Presse Médicale*, 24 novembre 1906, avec seize figures, dont une montrant un col ainsi amputé par ce procédé en 1900 chez une femme ayant accouché en 1902 et revue en 1905.)

Traitement des métrites par l'application de ventouses sur le col. — Bier venait d'étudier l'hyperhémie et son action thérapeutique ; un des moyens employés était l'aspiration par les ventouses qu'Eversmann avait appliquées aux métrites. J'étudiai la méthode et, pour permettre l'application de la ventouse sans aide, je fis construire une seringue munie de deux anneaux et permettant d'obtenir l'aspiration en pressant sur le piston. Je traitai avec Robert Loewy une série de malades et la conclusion fut que ce traitement simple peut donner d'excellents résultats dans un certain nombre de cas de métrites, péri-métrites, salpingo-ovarite et pelvi-péritonites légères. J'utilise toujours ce mode de traitement qui, parfois, m'a donné, en plus, des succès dans les cas de stérilité. (*La Presse Médicale*, 14 décembre 1907, avec deux figures.)

Instrumentation

Position scapulo-déclive. — L'examen gynécologique, tête basse, avait été recommandé par Freund en 1880, par Stroynowski en 1891, par Beuttner en 1897 pour le massage, puis en avril 1898 pour l'examen gynécologique. Depuis quelques années, sans connaître les tentatives allemandes et les essais de Beuttner, j'y avais aussi eu recours, mais je ne trouvais pas la méthode pratique parce que la malade était toujours soutenue par les membres inférieurs et que l'accès du vagin restait difficile. L'idée me vint brusquement de retenir par les épaules la malade mise en position déclive et en lui soulevant la tête pour rendre la position supportable. Je l'exécutai de suite à l'hôpital Broca et, quelques semaines plus tard, je publiai dans *La Presse Médicale* du 22 juin 1898 un court article montrant la première table en bois faite par le menuisier de l'hôpital et dans une seconde figure la malade en position déclive. Si l'examen au spéculum et une thérapeutique du col par des bains devenaient faciles, l'examen bimanuel ne pouvait se faire que latéralement. Je modifiai très rapidement ma table et publiai le nouvau modèle avec deux figures dans la *Semaine Gynécologique* du 13 septembre 1898 ; cette fois, l'examen se faisait dans la position classique du spéculum, mais en position scapulo-déclive.

Immédiatement, je demandai à la Maison Collin de me construire une table métallique basée sur le double principe suivant : malade retenue par les épaules, en déclivité ; bascule en plaçant l'axe de rotation légèrement en avant du centre de gravité du corps, de manière à obtenir une bascule facile, tout en s'opposant à une chute brusque de la malade. Cette table, terminée en fin 1898, présenta aussi cette particularité d'avoir seulement trois points d'appui au lieu des quatre classiques : deux latéraux antérieurs, un médian postérieur. Tous les degrés de déclivité étaient faciles à réaliser. Cette table pouvait servir à la fois de table d'examen et de table opératoire. Les épaulières qu'elle comportait se trouvent depuis lors sur toutes les tables opératoires. (*La Presse Médicale*, 15 février 1899, avec six figures.)

La position scapulo-déclive est la seule modification faite depuis l'antiquité pour obtenir la position tête en bas, qui avait été jusque-là toujours réalisée par la traction sur les membres inférieurs.

L'autoclave horizontal. — Tous les autoclaves utilisés en 1897 étaient verticaux, suivant le premier modèle de Chamberland, d'où incommodité de manipulation des objets inclus dans l'appareil. Lors de la reconstruction du service de gynécologie de l'hôpital Broca, je soumis à mon maître le Professeur Pozzi l'idée, que j'avais depuis un certain temps, de construire un autoclave général pour tout le matériel opératoire en utilisant une série de cylindres horizontaux. Mon maître approuva l'idée ; ainsi fut construit, non sans difficulté, *le polyautoclave Pozzi et Jayle à cylindres horizontaux*, qui fut installé dans le nouveau service en 1898. (*Revue de Gynécologie et de Chir. abd.*, 1899, n° 1, pages 1 à 40, avec vingt et une figures, dont le polyautoclave.)

En même temps, je fis fabriquer avec M. Desfosses un *autoclave horizontal* simple pour petites installations chirurgicales.

Les autoclaves verticaux ont disparu.

Spéculum. — Le spéculum couramment en usage à la fin du siècle dernier était le spéculum bivalve de Cusco ; on se servait aussi, moins fréquemment, d'un spéculum bivalve de Collin manœuvré par une vis latérale ; dans les deux, l'écartement des valves était oblique. L'écartement parallèle des valves n'avait pas été recherché. Partant de l'idée de l'exploration du fond du vagin avec deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure, valve manœuvrée par des aides soit parallèlement, soit obliquement, je fis exécuter par la Maison Collin, en 1899, un spéculum dit à double mouvement, c'est-à-dire un mouvement oblique d'écartement du bec des valves et un mouvement d'écartement parallèle des valves, de manière à obtenir à la fois le plus grand élargissement du fond du vagin et le maximum de dilatation de l'orifice vulvaire ; ouvert à son maximum, l'écartement est au niveau du bec des valves de 8 cm. 1/2 et de 6 cm. au niveau de l'orifice vulvaire. Ce double mouvement permet une exploration parfaite et non douloureuse pour la malade ; dans certains cas, il est très utile d'avoir un mouvement d'écartement des valves sans qu'il soit combiné à celui du bec des valves : d'où la nécessité de l'indépendance des deux mouvements. Le spéculum est solidement construit et toutes ses pièces sont démontables pour le nettoyage. En France, ce spéculum a été largement diffusé.

Ecarteur autostatique. — Partant du principe d'un écarteur de Vacher que j'avais fait publier par *La Presse Médicale* et dont le principe existait déjà

en ophtalmologie, j'ai fait fabriquer, en 1907, par Collin, un *écarteur autostatique*, que j'ai appelé *omnibus* parce qu'il sert pour l'écartement de toutes les plaies ou de tous les conduits creux. J'ai utilisé cet écarteur dans les laparotomies, dans les opérations vaginales, dans les opérations thoraciques et dans les plaies profondes de guerre.

Pinces. — J'ai fait construire par Collin, il y a quelque trente ans, deux pinces, l'une est une pince écrasante à laquelle j'ai donné le nom de pince-clamp ou de triteur ; deux modèles : une droite, une coudée à angle droit. La pince droite remplace tous les clamps habituels, employés au cours de l'hystérectomie ; elle est utilisée pour écraser l'appendice, les paquets hépiploïques, le prépuce, etc... La pince coudée est appliquée sur le vagin à la fin de l'hystérectomie pour cancer. (Instruments publiés, après dix ans d'usage, dans *La Presse Médicale,* 10 mars 1919.)

L'autre pince est une pince à griffes dont les mors sont en forme de « pinces de homard ». Deux modèles, l'un petit, ordinaire, à trois griffes, l'autre plus long à cinq griffes. Cette pince permet d'amarrer le champ opératoire sur les bords de la plaie, d'écarter les bords d'une plaie ; elle sert dans les opérations intestinales, périnéales, vaginales, cervicales et à tendre les bords de la plaie, lors de la pose des agrafes.

Les instruments à poids. — Depuis une quarantaine d'années, cherchant toujours à supprimer les aides, j'ai remplacé par la *force de traction des poids* celle due aux aides tirant soit sur des valves, soit sur des pinces.

Pour qu'une valve, munie d'un poids libre ou incorporé à l'instrument tienne en place, il faut qu'elle soit coudée : d'où la *valve périnéale coudée* et à poids mobile et les *valves coudées abdominales* à manche lourd.

Pour les pinces, le poids mobile est préférable puisqu'il peut s'accrocher dans un des anneaux de la pince et que, suivant le cas, il peut varier de 500 à 200 grammes.

J'ai fait également fabriquer par Collin un hystéromètre très fin et très malléable muni d'un curseur spécial et d'une graduation établie de manière à ce que le médecin lise la profondeur de l'utérus, l'hystéromètre étant dans l'organe. Aucune pince n'est nécessaire.

Cuvettes et boîtes à pansements. — J'ai fait ajouter un manche aux cuvettes pour les manipuler facilement sans les prendre avec les doigts posés sur leur bord et un autre aux boîtes de coton, d'ouate ou de bandes ordinaires, pour que l'infirmière tenant la boîte d'une main et ouvre, de l'autre, le couvercle muni lui-même d'une poignée. (*La Presse Médicale*, 240 et 1903, avec quatre figures.)

Vers 1900, j'ai fait fabriquer par Flicoteaux de petites boîtes à compresses ou à coton stérilisées, pouvant être prises, le fond dans une main, et ouvertes de l'autre. Ce modèle s'est généralisé.

Manches et bottes de toile. — Dans le but d'éviter toute souillure des mains et des avant-bras, j'avais obtenu, pendant mon internat en 1914 chez mon maître Possi, des gants de Jalaguier que je mettais sur les manches de ma blouse. J'opérais de préférence avec une blouse avec manches longues et une peinture de Bellery-Desfontaines me représente ainsi en 1899, dans la salle d'opération de Broca, sur fond bleu et avec un bocal bleu-violet. Les blouses sans manches se généralisant, je fis faire des manches s'ajoutant après le lavage des mains. Puis, pour éviter de recevoir sur les souliers tout liquide, septique ou non, en même temps que pour ne pas apporter les détritus de la rue dans la salle d'opération, je fis confectionner des bottes de toile dont l'usage s'est généralisé.

PARTHÉNOLOGIE

Durant les quelques années où je fis des études de bactériologie, de 1890 à 1896, je fus mis par Veillon au courant de la flore microbienne vaginale décelée chez les petites filles.

D'autre part, mes études sur l'ovaire m'avaient amené à penser que des cas de dysménorrhée ou d'aménorrhée étaient d'origine ovarienne. En mai 1896, je publiais une guérison de dysménorrhée contrôlée quinze mois plus tard, chez une jeune fille de 19 ans, par l'absorption quotidienne de vingt grammes d'ovaires de génisse crus.

Ainsi, je fus amené à l'étude des maladies de l'appareil génital chez les jeunes filles.

Les maladies génitales des jeunes filles étaient connues et M. Siredey a publié, en particulier, une étude très intéressante sur les métrites virginales.

Je m'aperçus assez rapidement que les lésions de l'appareil génital chez les jeunes filles, soit congénitales, soit acquises, étaient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le supposait. Quelques opérations que je pratiquai, de distance en distance, me confirmèrent dans mes idées.

En 1930, dans un numéro en couleurs de *La Presse Médicale,* je publiai des ulcérations du col chez les vierges dont un cas remontait à 1905.

Pour mieux attirer l'attention des médecins sur la nécessité d'examen des jeunes filles, je pensai utile d'ouvrir dans le cadre mosologique un nouveau chapitre et dans une communication à l'*Académie de Médecine,* le 14 juin 1933, je proposai le nom de *Parthénologie.* Le 24 avril 1933, je fis une communication sur le même sujet à la *Société Française de Gynécologie.* L'année suivante, en 1934, paraissait au Brésil un livre intitulé *Partenologia,* par Rolando Monteiro. Depuis, j'ai fait un certain nombre d'autres communications dont la dernière au Congrès de Milan, en octobre 1936.

La Parthénologie n'a été que très exceptionnellement étudiée dans le monde et la preuve en est dans l'absence de l'instrumentation nécessaire. En 1899, j'avais déjà fait établir par Collin un spéculum virginal, basé sur le principe de mon spéculum de femme, et permettant beaucoup mieux l'examen que les quelques modèles utilisés à cette époque. Mais ce spéculum ne pouvait être utilisé dans les cas d'orifice hyménal trop étroit et, ces dernières années, la maison Collin a réalisé, sur mes indications, un appareillage complet permettant d'examiner même les fillettes.

PHYSIOTHÉRAPIE

Aérothermothérapie. – L'invention de la lampe à alcool, puis de la lampe électrique ont amené des modifications très heureuses dans l'emploi des bains d'air chaud.

Bain d'air chaud. — J'ai utilisé de bonne heure le bain d'air chaud local en gynécologie, en démontrant d'abord qu'il n'était pas dû à Bier, mais à Guyot, dont j'ai reproduit l'appareil datant de 1840 et portant le nom d' « incubateur ».

Je l'ai donné d'abord à titre calmant et résolutif, à l'instar des cataplasmes, mais je remarquai bientôt qu'il agissait sur l'intestin et favorisait les selles. Cette idée de contraction intestinale me le fit appliquer, en 1909, dans un cas de septicémie péritonéale aiguë post-opératoire ayant résisté à tous les procédés de thérapeutique en usage. Dans ce cas, seul, le bain d'air chaud amena les contractions intestinales qui décidèrent du sort de l'opérée : « Son action sur la contractilité de l'intestin et de la vessie, son rôle calmant semble recommandable en nombre de cas après les interventions abdominales et pelviennes. » Le Professeur Chantemesse avait recommandé, en 1908, l'application d'un cerceau chauffant à l'eau chaude dans les cas de perforation de la fièvre typhoïde, « pour dilater les capillaires abdominaux, faciliter la diapédèse, exalter la phagocytose ». (Jayle et Dausset. L'aérothermothérapie dans le traitement de la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. *La Presse Médicale*, 1909, page 940.)

Bain d'air chaud et de lumière. — Aux bains d'air chaud obtenus par la lampe à alcool a succédé le bain à la fois d'air chaud et de lumière par des lampes électriques. Aux appareils lumineux trop encombrants et trop dispendieux, j'ai substitué en 1933 un appareil très simple : un cerceau se repliant pour ne faire aucun volume et une lampe de cinquante bougies à filament de

charbon et en verre dépoli. J'ai présenté cet appareil au *Congrès Français de Gynécologie* et à l'*Exposition du Congrès de Chirurgie.*

Cet appareil a les mêmes indications thérapeutiques médicales que l'incubateur de Guyot. Du point de vue chirurgical, je l'ai utilisé une fois avec succès dans un cas d'obstruction intestinale aiguë datant de soixante-six heures et l'intervention a pu être évitée. Après les laparotomies, je l'applique constamment parce qu'il contribue à l'évacuation des gaz et calme les douleurs : les séances sont de une heure matin et soir.

La douche mobile d'air chaud. — Gautier et Larat, en 1897, obtenaient un courant d'air en se branchant sur l'air comprimé de la Compagnie Pop et en le faisant passer par un serpentin chauffé électriquement ou au gaz ou à la lampe à alcool ; ils recommandaient aussi une pompe pneumatique assez forte et un réservoir d'air en caoutchouc contenant aussi de l'air comprimé. Holländer, en 1897, utilisait un procédé plus simple : soufflerie au thermocautère, serpentin, chauffé par un bec de Bünsen ou une lampe à alcool et se terminant par une tige métallique droite à lumière centrale s'effilant en pointe.

Ces appareils avaient pour inconvénients d'utiliser des flammes chauffantes (Gautier et Larat avaient cependant pensé à la chaleur d'origine électrique) et surtout d'avoir un tube chaud, difficilement maniable. Seuls les dentistes avaient un petit appareil commode, mais ne donnant qu'un peu d'air chaud et durant un temps très court, mais suffisant pour l'usage qu'ils en avaient à faire et qui consistait à assécher une cavité dentaire.

J'eus l'idée, également en 1897, d'utiliser une *source de chaleur mobile,* d'y amener l'air et de le capter immédiatement ; le thermocautère se prêtait à la réalisation de l'idée. Autour de la tige du thermo, je mis une gaine métallique revêtue extérieurement d'une enveloppe d'amiante, tant pour empêcher le rayonnement que pour préserver l'opérateur et le malade du contact d'une surface brûlante ; je divisais le tube de caoutchouc au sortir de la poire en deux, l'un allant à la lampe contenant l'essence et l'autre se branchant sur la gaine entourant le thermo. J'obtins ainsi un air dépassant 200° et permettant d'obtenir rapidement l'hémostase sur un foie de lapin sectionné complètement. Je soignais avec cet appareil, que j'appelai *aérothermogène,* des ulcérations de toute nature, en particulier avec M. le docteur Brocq, et des métrites. (*La Presse Médicale,* 10 septembre 1898.)

La douche mobile d'air chaud était créée ; elle est devenue d'un usage courant.

Sismothérapie. — J'ai donné, en 1899, le nom de sismothérapie à la thérapeutique par les vibrations déjà désignées sous les noms de massage vibratoire, trémulothérapie, vibrothérapie, locutions peu correctes mais qui ont persisté. Depuis le trémoussoir de l'abbé de Saint-Pierre (1734) au fauteuil trépidant de Charcot et au casque vibrant des filles de la Tourette, on n'avait guère appliqué ce traitement à la Gynécologie ; seul Bourcast lui avait consacré quelques pages.

J'ai fait construire par Gaiffe un petit appareil très simple composé d'une dynamo genre Siemens munie d'un excentrique, se tenant à la main, et j'ai utilisé aussi un vibrateur à flexible.

La sismothérapie a été appliquée à des fibromes, des métro-salpingo-ovarites chroniques et à quelques femmes ayant des troubles pelviens vagues.

Les résultats sont exactement semblables à ceux du massage manuel que j'avais déjà utilisé en 1892 ; la conclusion est qu'il s'agit d'une méthode *palliative*, nécessitant un diagnostic *bien établi* éliminant toute possibilité de tumeur (fibrome excepté) ou de suppuration. Le seul avantage de la sismothérapie sur le massage est que la technique ne nécessite aucun apprentissage. (Jayle et de Lacroix de Lavalette, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, 1899, pages 645-696, trente-six observations.)

Actinothérapie. — L'actinothérapie comprend la Rœntgenthérapie et la Curiethérapie.

La Curiethérapie. — Vers 1898, mon maître Pozzi amena Curie à l'Hôpital Broca pour essayer le radium dans le cancer. Je proposai un cas du cancer du col très étendu et une récidive d'un épithélioma de la face qui furent acceptés par M. Pozzi. Zimmern fit les applications. Le résultat fut nul sur l'utérus, mais l'épithélioma de la face fut amélioré. Ce sont, je crois, les deux premiers cas de cancer traités par le radium. Depuis, je me suis toujours intéressé à cette thérapeutique et le 15 janvier 1909, dans un cas de kyste énorme végétant des deux ovaires, toutes les lésions étant extirpées, M. Dominici a immédiatement placé deux tubes de radium, qui ont été enlevés le quatrième jour et, quinze jours après, un autre tube qui, en quatre jours, a été porté de bas en haut

sur toute la hauteur du pelvis. Le 5 avril 1911, dans un cas de cancer énorme du col utérin de 9 centimètres de diamètre, l'hystérectomie abdominale faite, Mme Fabre a immédiatement appliqué deux tubes de radium et un appareil à silicate de radium.

Les deux malades ont guéri et le restent à ce jour, au bout de vingt-huit ans dans le premier cas et de vingt-six ans dans le second. Le premier cas paraît être le premier où l'extirpation des lésions a été suivie de l'application du radium.

A cette méthode opératoire, comportant l'application immédiate du radium après l'opération, j'ai donné le nom de *radiumthérapie métachirurgicale*. (La radiumthérapie métachirurgicale en gynécologie. *La Presse Médicale*, 22 juillet 1914, avec cinq figures.)

Röntyenthérapie. — De 1908 à 1912, avec Zimmern, j'ai traité un grand nombre de fibromes et plus tard quelques cas de salpingo-ovarite avec M. Leymann. Après une période d'enthousiasme qui dura deux ans, je suis rapidement revenu à la chirurgie, pour avoir constaté des échecs fâcheux dus à des erreurs de diagnostic, tout en reconnaissant d'ailleurs certaines indications à la radiothérapie. (L'actinothérapie en Gynécologie, *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1922, pages 561-88, et conférence à la *Société Française de physiothérapie*, 11 novembre 1922.)

Radiographie. — J'ai publié avec M. Aimé, en 1929, un cas de *cholédochographie* qui paraît être le premier. (*La Presse Médicale*, 6 février 1929, avec quatre figures.)

LIVRES

1894. — *Cancer du sein,* par Charles Monod et F. Jayle. Un petit volume de la Bibliothèque médicale Charcot-Debave, 198 pages, figures et index bibliographique.

1895. — *Le Guide Médical* de *La Presse Médicale,* par E. de Lavarenne et F. Jayle (93 p.). Dans ce Guide, j'ai publié un programme de conférences d'externat et d'internat pour éviter la perte de temps qu'entraînait dans toutes les conférences le dictage du programme de la conférence suivante ; des tirés à part étaient mis à la disposition des conférenciers pour leurs élèves. Je recommandais les conférences payantes, comme je préconisais les cours payants.

Un plan de Paris, avec, en rouge, la Faculté et les hôpitaux et les itinéraires des omnibus et tramways s'y rendant était annexé à ce guide.

1896. — *Le Guide Médical* de *La Presse Médicale,* par E. de Lavarenne et F. Jayle (124 p.). Ce Guide comportait en plus les questions données : aux concours d'agrégation depuis 1878, aux concours des Hôpitaux depuis 1872, aux prix de l'Internat depuis 1871.

1902. — *Glossaire médical,* par L. Landouzy et F. Jayle. Ce glossaire a demandé plusieurs années de travail ; il compte 668 pages in-8°, 9.500 mots ou expressions, 426 figures et 5 cartes.

1905. — *L'Æsculape,* Guide pratique à l'usage des étudiants et des docteurs en médecine, par E. de Lavarenne et F. Jayle. Ce guide, de 812 pages petit in-8° carré, est illustré de 93 figures. Il contient des historiques de la Faculté et de nombreux hôpitaux. Lors du voyage des médecins anglais à Paris en 190 , il leur a été offert comme contenant tous les renseignements pouvant les intéresser.

1904-1907. — *Traité de Gynécologie clinique et opératoire, par S. Pozzi*, 4e édition, revue et augmentée avec la collaboration de F. Jayle. Edition en deux volumes parus le premier en 190 , le second en 1907, de 1.498 p., avec 897 fig. La troisième édition, en un volume, à laquelle j'avais également collaboré, comportait 1.285 p. et 628 fig.

1918. — *La Gynécologie*, T. I. *L'Anatomie morphologique de la Femme.* Ce volume de 546 pages est illustré de 530 dessins exéeutés par des artistes ; il est tiré en noir et rouge sur du papier chiffon. C'est le seul ouvrage médical sur l'anatomie morphologique de la Femme.

1937. — **Sous presse** : *Histoire de la Chirurgie : l'asepsie dans le passé, le présent, l'avenir*. Ce livre, commencé il y a dix ans, paraîtra au printemps prochain.

IMP. SOCIÉTÉ DES JOURNAUX ET PUBLICATIONS DU CENTRE, LIMOGES-1-37